

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Odd-Rune Hegrenes

“Profesjonell ledelse i sykehus”

**-En studie av styresammensetning og
topplederrekruttering i helseforetak**

ATM – Skriftserie
Nr. 9/2008

 **Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

 **POLIS**
Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

ATM- skriftserie er en nettbasert publikasjonsserie med nyttgivelser av hovedfagsoppgaver, masteroppgaver, avhandlinger og paper som er produsert i tilknytning til ATM –prosjektet ved Rokkansenteret i perioden 2003 – 2008.

Innhold:

1 Innledning.....	10
1.1 Tema og problemstilling	10
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	12
1.3 Organisasjonsteori og metode	13
1.4 Kapitteloversikt	14
2 Teori og metode	16
2.1 Bruk av perspektiver som en kobling av teori og empiri	16
2.2 Demografi og rekruttering.....	17
2.3 Et rasjonelt – instrumentelt perspektiv.....	18
2.2.1 Forventinger til styrer og direktører ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv .	19
2.4 Et institusjonelt perspektiv	21
2.3.1 Forventinger til styrer og direktører ut fra et institusjonelt perspektiv	23
2.5 Studiens analysegrunnlag.....	24
2.5.1 Variabeloversikt	26
2.6 Oppsummering teoridel.....	27
2.7 Metode.....	28
2.7.1 Det kvantitative undersøkelsesopplegget.....	28
2.7.2 Studiens kvantitative data.....	29
2.7.3 Styremedlemmer og direktører i helseforetak som analyseenheter	30
2.7.4 Utformingen av spørreskjemaet	30
2.7.5 Utvelgelse og populasjon	31
2.7.6 Svarmønster og representativitet	32
2.7.7 Generelt studieobjektet (generelt om utvalget).....	33
2.7.8 Kontroll av reliabilitet og validitet.....	33
2.7.9 Metodiske betraktninger ved studien	34
2.7.10 Oppsummering metode	36
3 Kontekst og aktører	37
3.1 Sykehusreformen.....	37
3.1.1 Sykehusreformen om styring	39
3.1.2 Sykehusreformen om ledelse	39
3.2 Styrene og administrerende direktør	40
3.2.1 Styrets rolle før reformen	40
3.2.2 Debatten rundt opprettelse og utvelgelse av profesjonelle foretaksstyrer.....	43
3.2.3 Styrets rolle og krav til sammensetning etter foretaksorganiseringen	44
3.2.4 Rekrutteringsprosessen til regionale styrer	45
3.2.5 Problemoppfatninger rundt sykehusdirektørens rolle før reformen.....	46
3.2.6 Føringer på valg av direktør som følge av sykehusreformen.....	47
3.3 Oppsummering	48
4 ”Hvem sitter i styrene for helseforetakene”	50
4.1 Styremedlemmenes sosiale bakgrunn	50
4.1.1 Forventinger ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv	50
4.1.2 Forventinger ut fra et institusjonelt perspektiv	51
4.1.2 Trekk ved styremedlemmenes sosiale bakgrunn.....	51
4.1.3 Sosial bakgrunn tolket i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv.....	56
4.1.4 Sosial bakgrunn tolket i lys av et institusjonelt perspektiv	58
4.2 Styremedlemmenes sektortilknytting.....	60
4.2.1 Forventinger ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv	60
4.2.2 Forventinger ut fra et institusjonelt perspektiv	61
4.2.3 Trekk ved styremedlemmenes sektortilknytting	61

4.2.4	Sektortilknytting tolket i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv.....	65
4.2.5	Sektortilknytting tolket i lys av et institusjonelt perspektiv	67
4.3	Styremedlemmenes profesjonalitet	69
4.3.1	Forventninger ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv	69
4.3.2	Forventninger ut fra et institusjonelt perspektiv	70
4.3.3	Trekk ved styremedlemmenes profesjonalitet.....	70
4.3.4	Profesjonalitet tolket i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv	74
4.3.5	Profesjonalitet tolket i lys av et institusjonelt perspektiv.....	75
4.4	Politisk- og organisasjonsmessig aktivitet	77
4.4.1	Forventninger ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv	78
4.4.2	Forventninger ut fra et institusjonell perspektiv	78
4.4.3	Trekk ved styremedlemmenes politiske - og organisasjonsmessige aktivitet.....	79
4.4.4	Aktivitet politikk og organisasjoner tolket i lys av et rasjonelt – institusjonelt perspektiv	81
4.4.5	Aktivitet politikk og organisasjoner tolket i lys av et institusjonelt perspektiv	83
4.5	Ansatte representanter	85
4.6	Oppsummering	86
5	Rekrutteringskriterier for administrerende direktør	90
5.1	Forventninger ut fra et rasjonelt - instrumentelt perspektiv	90
5.2	Forventninger ut fra et institusjonelt perspektiv	91
5.3	Styrerepresentantenes holdninger til ulike rekrutteringskriterier for direktører	92
5.3.1	Sammenhenger mellom styremedlemmenes vektlegging av de ulike kriteriene	93
5.3.2	Betydningen av sosial bakgrunn	97
5.3.3	Betydningen av virksomhets- og sektortilknytting	97
5.3.4	Betydningen av profesjonalitet.....	98
5.3.5	Betydningen av tilknytting til politikk og interesse/ frivillige organisasjoner.....	98
5.4	Tolking i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv	99
5.5	Tolking i lys av et institusjonelt perspektiv	103
5.6	Oppsummering	108
6	Rekrutteringsprosess og administrerende direktører.....	110
6.1	Forventninger ut fra et rasjonelt - instrumentelt perspektiv	110
6.2	Forventninger ut fra et institusjonelt perspektiv	110
6.3	Gjennomføringen av rekrutteringen til direktørstillingene	111
6.3.1	Deltakere i rekrutteringsprosessen	111
6.3.2	Ekstern påvirkning	112
6.3.3	Grad av enighet/uenighet rundt valg av direktør.....	114
6.3.4	Lønn som virkemiddel	115
6.3.5	Kjennskap/ utlysning.....	116
6.4	Kjennetegnet ved de administrerende direktørene	117
6.4.1	Demografiske trekk ved direktørene	117
6.4.2	Trekk ved direktørenes yrkesbakgrunn/ karriere	119
6.5	Tolking i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv	123
6.5.1	Rekrutteringsprosess	123
6.5.2	Egenskaper ved direktører.....	125
6.6	Tolking i lys av et institusjonelt perspektiv	127
6.6.1	Rekrutteringsprosess	127
6.6.2	Egenskaper ved direktører.....	129
6.7	Oppsummering	131
7	Hovedtrekk ved styremedlemmer og direktører i helseforetak.....	133
7.1	Styrene, rekrutteringsprosessen og de rekrutterte direktørene.....	133

7.2 Er styreprerentanter og direktører kloninger eller ikke?.....	135
7.3 Trekk ved de ulike nivåene og de ulike regionene.....	136
7.4 Styret og rekrutterte direktører tolket i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv.	138
7.4.1 Variasjoner i rekrutteringsmønster mellom foretaksnivåene	140
7.4.2 Variasjoner i rekrutteringsmønster mellom regionene.....	141
7.5 Styret og rekrutterte direktører tolket i lys av et institusjonelt perspektiv.....	142
7.5.1 Variasjoner i rekrutteringsmønster mellom foretaksnivåene	144
7.5.2 Variasjoner i rekrutteringsmønster mellom regionene.....	145
7.6 Oppsummering av de teoretiske perspektivenes forklaringskraft	147
8 Avslutning	150
8.1 Oppsummering av studiens hovedfunn	150
8.3 Teoretiske implikasjoner	153
8.4 Idealer for styret og utvelgelse av direktører	155
8.5 Styret og direktører tre år etter innføringen av foretaksorganisering.....	157
8.6 Studiens funn i en forskningsmessig kontekst	160
8.7 Forslag til videre forskning	163
Litteraturliste:.....	165
Vedlegg 1	174
Vedlegg 2	181
Vedlegg 3	183
Vedlegg 4	184
Vedlegg 5	190

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Studiens analysegrunnlag

Tabell 2.2 Uavhengige variabler

Tabell 2.3 Avhengige variabler

Tabell 2.4 Utsendte og mottatte skjema samt svarprosent

Tabell 2.5 Svarprosent i den enkelte region

Tabell 3.1 Foretaksorganiseringen

Tabell 4.1 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter kjønn

Tabell 4.2 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter alder

Tabell 4.3 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter lokal forankring

Tabell 4.4 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter utdanning

Tabell 4.5 Styremedlemmers utdanning fordelt prosentvis etter regionstilhørighet

Tabell 4.6 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter virksomhetstilknytting utenfor helseforetak

Tabell 4.7 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter type virksomhetstilknytting og regionstilhørighet

Tabell 4.8 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter erfaring og ansiennitet fra helsesektoren

Tabell 4.9 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter erfaring og ansiennitet fra helsesektoren ut fra regionstilhørighet

Tabell 4.10 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter type stilling

Tabell 4.11 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter styreefaring og eventuelt fra hvor

Tabell 4.12 Styremedlemmers styreefaring og eventuelt fra hvor fordelt prosentvis etter region

Tabell 4.13 Prosentvis fordeling av styreverv i tillegg og eventuelt hvor mange

Tabell 4.14 Styreverv i tillegg og eventuelt hvor mange fordelt prosentvis etter region

Tabell 4.15 Prosentvis fordeling tillitsverv i interesse/ frivillige organisasjoner

Tabell 4.16 Prosentvis fordeling medlemskap i politisk parti

Tabell 4.17 Tillitsverv i politisk parti

Tabell 5.1 Styremedlemmenes oppfatning av følgende rekrutteringskriterier for direktør rangert samlet og etter foretaksnivå

Tabell 5.2 Sammenhengen mellom holdningene hos styremedlemmene i helseforetak til de ulike rekrutteringskriteriene for direktør

Tabell 5.5 Regionale forskjeller mellom sammenhengen av rekrutteringskriteriene

Tabell 6.1 Prosentvis fordeling av deltakere i rekrutteringsprosessen

Tabell 6.4 Prosentvis fordeling av retningslinjer fra Helsedepartementet under rekrutteringen

Tabell 6.6 Hensyn under rekrutteringen

Tabell 6.8 Ulike grupper/ instansers betydning for tilsetting

Tabell 6.10 Grad av enighet under ansettelsesprosessen

Tabell 6.13 Viktigheten av lønn

Tabell 6.15 Prosentvis fordeling av styreleders kjennskap til direktør

Tabell 6.17 Prosentvis fordeling av aktivt søk etter kandidater og gjennomsnittlig grad av søk

Tabell 6.19 Direktører fordelt prosentvis etter kjønn

Tabell 6.20 Direktører fordelt prosentvis etter alder

Tabell 6.21 Direktører fordelt prosentvis utdanningsbakgrunn

Tabell 6.22 Prosentvis fordeling av direktørenes erfaring fra helsesektoren samt gjennomsnitt antall år

Tabell 6.23 Prosentvis fordeling av sektor direktørene ble rekruttert fra

Tabell 6.24 Prosentvis fordeling av sektor direktørene har vært lengst tilknyttet

Tabell 6.25 Prosentvis fordeling av direktørenes forhenværende stillingsnivå

Tabell 7.1: De teoretiske perspektivenes forklaringskraft

Tabeller i vedlegg

Vedlegg 4 :

Tabell 5.3 Sammenhengen mellom holdningene hos styremedlemmene (N= 21) i regionale helseforetak til de ulike egenskapene ved administrerende direktør

Tabell 5.5 Sammenhengen mellom holdningene hos styremedlemmene (N= 102) i lokale helseforetak til de ulike egenskapene ved administrerende direktør:

Tabell 5.6 Sosial bakgrunn

Tabell 5.7 Sosial bakgrunn og type virksomhet

Tabell 5.8 Profesjonalitet

Tabell 5.9 Politisk og organisasjonsmessig aktivitet

Vedlegg 5:

Tabell 6.2 Prosentvis fordeling av deltakere i rekrutteringsprosessen

Tabell 6.3 Ekstern påvirkning

Tabell 6.5 Prosentvis fordeling retningslinjer fra Helsedepartementet under rekrutteringen

Tabell 6.7 Hensyn under rekrutteringen

Tabell 6.9 Ulike grupper/ instanser sin betydning for tilsetting

Tabell 6.11 Grad av enighet under ansettelsesprosessen

Tabell 6.12 Grad av likebehandling under utvelgelsen

Tabell 6.14 Viktigheten av lønn

Tabell 6.16 Prosentvis fordeling av styreleders kjennskap til direktør

Tabell 6.18 Prosentvis fordeling av aktivt søk etter kandidater og gjennomsnittlig grad av søk

Forord

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Odd – Rune Hegrenes er cand.polit med hovedfag fra Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen. Denne rapporten er en gjengivelse av hovedfagsoppgaven hans fra 2005 som ble skrevet i tilknytning til ATM- prosjektet og POLIS- seminaret. Hegrenes arbeider nå i Forsknings- og utviklingsavdelingen ved Helse Bergen.

Sammendrag

I forbindelse med sykehusreformen i 2002 ble sykehusdriften i Norge overført fra fylkeskommunene til staten, og sykehusene ble omgjort til foretak med egne styre og direktører. I reformen lå det et ønske å dreie bort fra politisk styring mot mer sammensatte styre med større innslag fra privat sektor enn tidligere. De regionale styrene ble håndplukket av reformator og disse skulle igjen velge sine underliggende lokale styre, som videre skulle rekruttere administrerende direktører i sine helseforetak. I denne studien blir styresammensetningen og direktørrekrutteringen analysert ved hjelp av kvantitative og kvalitative data fra helseforetakene. Studien viser at styresammensetningen etter sykehusreformen har en overrepresentasjon av politikere og medlemmer fra interesseorganisasjoner og helsefaglig bakgrunn sammenlignet med medlemmer fra markedsøkonomiske miljøer, til tross for ønsket om å endre dette. Studien viser at styrene har vektlagt formell lederkompetanse i valg av administrerende direktør, noe som er i tråd med intensjonen bak reformen. Likevel har nesten halvparten av direktørene bakgrunn fra medisin, noe som ikke faller naturlig sammen med fokuset på profesjonsnøytrale lederansettelser i nivåene under direktøren.

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Tema for denne studien er rekrutteringen av styremedlemmer og administrerende direktører i helseforetak. Den 6. juni 2001 ble Sykehusreformen vedtatt i Stortinget etter en uvanlig rask beslutningsprosess (Herfindal 2004). Reformen er beskrevet som en av de mest omfattende offentlige reformer i moderne tid, og baserer seg på to hovedelementer. Det ene er at staten overtar det fylkeskommunale eierskapet for sykehusene. Det andre er at sykehusene skilles ut fra forvaltningen og organiseres i foretak som egne rettssubjekter. Hvert enkelt foretak skal ha eget styre og direktør med ansvar for å levere de tjenester eier til en hver tid måtte ønske. Staten overtar eierskapet for å klargjøre ansvarsforhold i styringskjeden, samtidig som organisering gjennom foretak har til hensikt å skape rom for økt fristilling, slik at ledelsen av foretakene gis en mer autonom rolle i forhold til den daglige driften av det enkelte helseforetak. Målsettingene bak reformen er å skape bedre og mer likeverdige helsetjenester for den norske befolkning. I samband med dette ønsker jeg å sette søkelyset på ulike sider ved de personene som skal lede sykehusene i retning av overnevnte målsettinger. Fokus ligger på styresammensetning i helseforetakene, og hvordan styresammensetningen og rekrutteringsprosessen påvirker valg av direktører ved helseforetakene.

Tradisjonelt har sykehusledelse i hovedsak blitt sett på som forvaltning og administrasjon. I løpet av det siste tiåret har det imidlertid skjedd en betydelig utvikling i retning av større interesse for aktiv ledelses- og organisasjonsutvikling i sykehusene. En rekke tiltak har bidratt til dette, både i regi av det enkelte sykehus, fylkeskommunene som eier, og staten gjennom ulike prosjekter. Sammenlignet med den nesten kontinuerlige vitenskaplige og teknologiske utviklingen som skjer innen medisinen som fag, hevdes det at satsingen innen ledelse og organisasjon har vært moderat. De akselererende endringsprosessene innen medisin, teknologi, økonomi, samt pasienters krav til tilfredsstillende behandling og oppfølging, skaper vesentlige ledelses- og organisasjonsmessige utfordringer i helsevesenet. En utfordring er derfor å utvikle ledelseskompetanse og organisasjonsformer som kan matche denne dynamikken i og rundt helseforetakene (SHD rapport 2001). Fra initiativtakerne bak sykehusreformen ble det lagt vekt på at foretaksstyrene skulle hente nye impulser inn i ledelsen av sykehusene, i form av kompetanse fra virksomheter utenfor helsesektoren. Et

viktig spørsmål vil derfor være i hvilken grad dette har blitt gjennomført, og hvorvidt dette har påvirket valg av direktører i en annen retning enn tidligere.

Et annet aspekt ved sykehusreformen er at det nå legges større ansvar på de som sitter i lederstillingene, og større fokus på ledelseskompetanse både på overordnede og utøvende plan (Byrkeflot 2005; Byrkjeflot og Neby 2005). Ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og inn i selvstendige foretak, skal det legges bedre til rette for at sykehuslederne skal kunne utøve lederskap og ta ansvar. Foretaksorganiseringen legger til rette for større ledelsesmessige manøvreringsrom enn hva som er vanlig i offentlig forvaltning. For å utnytte dette rommet presiseres behovet for ledere med bred forståelse for hva det innebærer å lede moderne kunnskapsbedrifter (www.dep.no/shd/sykehusreformen; SHD rapport 2001). I samband med dette er en av de viktigste oppgavene bak sykehusreformen å innføre en mer ”profesjonell” ledelse i sykehusene. Med dette menes at ledelsen av sykehusene skal bort fra den tradisjonelle politikerstyringen og over til en mer bedriftsrettet ledelse. Politikerne er nå tiltenkt en rolle som styrere av rammebetingelser, ikke detaljstyring av sykehusene. Lederne skal nå lede selvstendige foretak som krever profesjonell ledelse i en bedriftsmessig forstand, derav kommer kravet om profesjonelle ledere med erfaring fra slik ledelse. Hvem disse ”profesjonelle” lederne er, ønsker denne studien å kartlegge på bakgrunn av foretaksnivå og regionstilhørighet.

Studiens målsetting er altså primært å se på sammensetningen av styrene for de nye helseforetakene og rekruttere direktører, både på regionalt og lokalt nivå. Fokus vil være på styrets rolle i rekrutteringen av administrerende direktører til de nyopprettede direktørstillingene i helseforetakene. Intensjonene bak sykehusreformen var å rekruttere personer med brede ledelseserfaringer til toppstillingene i helseforetakene. Mitt søkelys rettes i denne sammenheng mot styrenes konkrete sammensetning, styremedlemmenes holdninger til utvalgte rekrutteringskriterier for direktør, organiseringen av rekrutteringen, og hvem som har blitt ansatt som direktører i foretakene.

Den valgte problemstilling er derfor følgende:

Hvem sitter i styrene for de nye helseforetakene, hvordan kan man forklare styresammensetningen og i hvilken grad påvirker styresammensetningen rekrutteringen av administrerende direktører i helseforetakene?

Sentrale spørsmål knyttet til første del av problemstillingen vil være av demografisk karakter. Hvilke typer kompetanse er representert i de ”profesjonelle” foretaksstyrene? Er det samsvar mellom valg av styresammensetning og de intensjonene som ble gitt fra den politiske ledelse? Har overgangen fra partssammensatte til profesjonellsammensatte styrer ført til radikale endringer i forhold til hvem som sitter i styrene? I andre del av problemstillingen stilles det spørsmål vedrørende styremedlemmenes holdninger til ulike rekrutteringskriterier vedrørende ved direktører. Hvilke betydning har egenskaper som kjønn, yrkesbakgrunn og utdanning hatt for de valg som styrene har gjort i forhold til direktører? I tillegg rettes fokus mot hvordan selve rekrutteringen ble utført. Sentrale spørsmål her er hvem som deltok. I hvilken grad ble rekrutteringen påvirket utenfra? Oppstod det uenighet rundt prosessen? Hvordan karakteriseres tilgjengeligheten på kvalifiserte kandidater? Hvilke betydning hadde lønn under ansettelsen? Deretter rettes fokuset mot ansatte administrerende direktører. Hvilke kompetanse representerer de? Gjenspeiles trekk ved styrene hos direktørene? Samsvarer styremedlemmenes holdninger til ulike rekrutteringskriterier med valg av direktører? Har foretaksorganiseringen ført til store endringer i rekrutteringsmønster for direktører?

Problemstilling og sentrale spørsmål vil bli forsøkt belyst med utgangspunkt i den etablerte foretaksstrukturen, gjennom å skille mellom regionalt og lokalt foretaksnivå, og de fem ulike helseregionene. I samband med kartleggingen av foretaksstyrene avgrenses studien kun til å si noe om den faktiske styresammensetningen, og belyser i liten grad hvordan rekrutteringen av styremedlemmene ble gjort. Grunnen til dette er at jeg først og fremst er opptatt av valgte foretaksstyrers innvirkning på valg av direktører.

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Det er flere grunner til at problemstillingen jeg har valgt er interessant og nyttig å fokusere på. Den omhandler en av de største og mest radikale reformene som er iverksatt i offentlig virksomhet på mange år, og retter søkelyset på lederne som er blitt satt til å gjennomføre reformens intensjoner. I løpet av få år har sykehusledelse gått fra å være preget av forvaltning og administrasjon til å omhandle ledelse av fristilte enheter med stor grad av autonomi i forhold til egen styring. Lederne og deres kompetanse er kommet i fokus, noe som på sikt skal danne grunnlag for mer effektiv og rasjonell styring av sykehusene. I denne studien rettes søkelyset mot deler av rekrutteringsprosessen som dannet grunnlaget for overgangen til profesjonell ledelse i en av de mest ressurskrevende og komplekse sektorer innen offentlig

virksomhet. En kartlegging av denne prosessen gjennom en samfunnsvitenskaplig tilnærming vil kunne gi innsikt i hvordan nye grupperingers innflytelse i en sektor med klare institusjonell trekk, har påvirket rekrutteringen av toppledere i helseforetakene. Dette aktualiseres med tanke på at helsesektoren ofte assosieres med interessekonflikter, mangel på ledelse og minkende tillit hos stadig mer kravstore brukere (NOU 1997:2).

Et annet aspekt som gjør en studie av foretaksstyrene aktuell, er deres omstridte rolle i den nye foretaksorganiseringen. Under beslutningsprosessen som førte frem til sykehusreformen var det stor oppmerksomhet mot avdemokratiseringen av sykehusstyrene. Oppfatningene rundt hvem som burde sitte i disse styrene var mange. En studie av hvem som tar over styringen av viktige offentlige institusjoner fra de folkevalgte, vil derfor kunne være av allmenn interesse. Ved å rette søkelyset mot trekk ved de profesjonelle foretaksstyrene, samtidig som man ser på rekrutteringen av foretaksdirektører, kan man også få vite noe om hva slags prioriteringer og verdier som preger menneskene som fyller disse viktige stillingene. Videre aktualiseres denne tematikken av å ha mange likhetstrekk med en reformbølge kalt New Public Management som har hatt stor innflytelse på statlige reformer de siste 10 –15 årene (Christensen og Lægreid 1998). I likhet med hva foretaksorganiseringen legger opp til, har man også innenfor andre deler av offentlig virksomhet skapt et stadig større skille mellom politikk og administrasjon. Dette gjør studien av foretakstyrene interessant i forhold til studier av andre deler av offentlig sektor der lignende reformer er blitt gjennomført, og kan således bidra til å øke forståelsen rundt enkelte konsekvenser ved fristilling innen offentlig virksomhet.

Et siste aspekt som også vil kunne avdekkes omhandler målsettinger om innovasjon innen ledelsen av sykehusene. Dette er særlig interessant i organisasjoner som sykehus der spenningen mellom ledelse og ulike fagfelt tradisjonelt har vært stor. Ved å fokusere på egenskaper ved de nye lederne kan en si noe om hvorvidt innovasjon i komplekse organisasjoner lar seg gjennomføre ved radikale reformforsøk. Et slikt fokus kan også være med på å øke forståelsen for reformprosesser på et mer generelt grunnlag.

1.3 Organisasjonsteori og metode

For å belyse de spørsmål som problemstillingen stiller, har jeg valgt å bruke to teoretiske perspektiver som forklaringsverktøy. Perspektivene som benyttes er et rasjonelt - instrumentelt og et institusjonelt perspektiv. Et rasjonelt – instrumentelt perspektiv legger

vekt på endringsprosesser som en ovenfra og ned styrt prosess initiert fra ledelsen. Ledelsen vil i stor grad bestemme hvem som kan delta, hvilke problemoppfatninger og løsningsforslag som er gjeldende. Endringsprosesser blir her sett på som en planmessig og analytisk prosess, der ulike alternativer blir vurdert opp mot målsettinger gitt av ledelsen. Hvem som blir rekruttert inn i organisasjonen påvirkes av disse målene (Scott 1998).

For å belyse den valgte problemstillingen vil jeg også benytte meg av et institusjonelt perspektiv. I motsetning til det rasjonelt - instrumentelle perspektiv fokuseres det her på at normer og verdier påvirker endringsprosesser og reformforsøk. Organisasjonenes formelle og uformelle regelverk legger begrensninger og føringer på utførelsen av en rekrutteringsprosess, og de valg som skal tas i forhold til ledere med ulik type bakgrunn (Scott 1998, Selznick 1957). Sykehussektoren er preget av sterke faginteresser og institusjonaliserte styringskanaler. Tanken er at disse kan være med på å legge føringer på rekrutteringen av styremedlemmer og direktører i helseforetak.

Studien er først og fremst en breddestudie, hvor formålet er å kartlegge ulike sider ved ledere i helseforetak. Jeg vil derfor benytte meg av en kvantitativ forskningsstrategi, og vil benytte meg av statistiske analyseverktøy i forhold til det innsamlede tallmaterialet. Datagrunnlaget baserer seg på spørreskjema sendt til samtlige styremedlemmer og direktører i helseforetak.

1.4 Kapitteloversikt

Studien er organisert i åtte kapitler. I kapittel to vil jeg komme nærmere inn på de teoretiske perspektivene som benyttes for å belyse valgte problemstilling, og utlede generelle empiriske implikasjoner ut fra disse. I dette kapitlet vil jeg også ta for meg studiens metodiske rammeverk. Her vil jeg ta for meg kvantitativ forskningsstrategi, og komme inn på datagrunnlaget som studien bygger på.

Kapittel tre omhandler studiens kontekst. Her beskrives sykehusreformens innhold og betydning for styring og ledelse i sykehusene. Videre går jeg her nærmere inn på sykehusstyrenes – og direktørenes rolle før og etter sykehusreformen.

Kapittel fire til og med kapittel seks utgjør oppgavens empiridel. Samtidig med presentasjonen av empiriske funn utledes det fortløpende forventinger basert på valgte teoretiske forankring, og det foretas analyse av disse. Kapittel fire omhandler foretaksstyrenes

konkrete sammensetning, og ser på sentrale trekk ved valgte styremedlemmer basert på sykehusreformens intensjoner for foretaksstyrene og tilhørende lovbestemmelser, samt tidligere karakteristikk ved sykehusstyrer. Kapittel fem ser på styremedlemmens holdninger til utvalgte rekrutteringskriterier for direktører i helseforetakene. Disse kriteriene tar utgangspunkt i egenskaper som yrkesbakgrunn, formell ledelseskompetanse og betydningen av kjønn, og blir satt i sammenheng med styremedlemmens lokalisering i foretaksorganisasjonen og personlige kjennetegn. Kapittel seks ser på den praktiske gjennomføringen av rekrutteringsprosessen for direktører og hvem som har blitt ansatt i disse stillingene. Her vil deltakere og ulike hensyn tatt under rekrutteringsprosessen kartlegges. I tillegg vil momenter som utlysningsprosedyre og betydningen av lønn under tilsetting bli omtalt. De ansatte direktørene i helseforetak vil også presentres med utgangspunkt demografiske variabler og en kartlegging av tidligere yrkeskarriere.

I kapittel syv oppsummeres og analyseres sentrale trekk ved styrer og direktører basert på gjennomgangen i kapittel fire, fem og seks. Utgangspunktet for denne gjennomgangen vil være utledede empiriske implikasjoner beskrevet i teoridelen i kapittel to.

Kapittel åtte er et avslutningskapittel hvor jeg oppsummerer hovedfunnene i studien. Jeg vil i tillegg diskutere valgte styresammensetninger og direktører opp mot de forventningene som ble lagt til disse i forkant av iverksettelsen av sykehusreformen. Styrene blir deretter sett opp mot hva som kjennetegnes som et "ideelt" sammensatt styre, samtidig som de rekrutterte direktørene ble satt i sammenheng med ulike idealer for ledere. Videre vil jeg si litt om teoretiske implikasjoner, hva som har skjedd med styrer og direktører i løpet av de tre årene sykehusreformen har virket. Til slutt presenteres forskning på feltet, samt forslag til videre studier.

2 Teori og metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for studiens teoretiske og metodiske valg. Den første delen av kapittelet omfatter en presentasjon av teoretisk forankring. Jeg vil først kort komme inn på bruk av teoretiske perspektiver, deretter vil jeg presentere de to teoretiske perspektivene som studiens analyse tar utgangspunkt i; et rasjonelt – instrumentelt og et institusjonelt perspektiv. I samband med presentasjonen av perspektivene vil det bli utledet forventninger knyttet til ulike aspekter ved problemstillingen. Jeg vil også si litt om nytten av demografi- og rekrutteringsstudier, samt presentere en analysemodell med tilhørende variabler. Den andre delen av kapittelet vil omhandle min metodiske tilnærming. Her vil betraktninger rundt valg av metode, studiens datagrunnlag, reliabilitet og validitet bli diskutert.

2.1 Bruk av perspektiver som en kobling av teori og empiri

De to perspektivene som presenteres i dette kapittelet har til hensikt å gjøre analysen mer oversiktlig og fruktbar. Et perspektiv kan sees på som en måte å forstå et gitt fenomen på, og bygger på et relativt systematisk sett av forestillinger og antakelser om virkeligheten. Bruk av perspektiver hjelper en til å se bestemte sider og kjennetegn ved fenomenet som skal undersøkes (Allison 1971; Astley 1985:498; Scott 1992). Det rasjonelt – instrumentelle og det institusjonelle perspektiv representerer ulike tilnærminger til undersøkelsesfenomenet, og gir et *”teoretisk rammeverk som empiriske observasjoner holdes opp mot og tolkes i forhold til”* (Røvik 1998:31). Dette gjør at en på forhånd systematiserer og letter innsamling, bearbeiding og analyse av et datamateriale. Beslutninger i organisasjoner som et helseforetak skjer i et komplekst samspill mellom ulike faktorer. Ved å bruke ulike perspektiver på samme situasjon kan man vinkle empirien på forskjellige måter, og oppnå en bedre og mer utfyllende beskrivelse av fenomenet som ligger til grunn for undersøkelsen (Allison 1971; Olsen 1989:29; Roness 1997:101). Likevel må man være oppmerksom på at alle teoretiske perspektiver bærer med seg en slagside (Astley 1985: 497). Med flere enn et perspektiv unngår man å starte undersøkelsen med en forutinntatt teoretisk tolkning som dikterer relevante observasjoner og hypoteser forut for selve analysen (Andersen 1997:131). Hensikten med å bruke to teoretiske perspektiver er ikke primært å teste de ulike perspektivenes forklaringskraft, men å bruke dem som supplerende eller utfyllende teorier i den hensikt å kunne forklare/ forstå de empiriske observasjonene best mulig.

2.2 Demografi og rekruttering

Demografiske trekk i organisasjoner kan i mange sammenhenger være med på å danne grunnlag for viktige forklaringsfaktorer i studiet av organisasjoner (Stinchcombe, McDill og Walker 1968; Mc Neil og Thompson 1971; March 1981; Lægreid og Olsen 1978). Ved å bruke faktorer som kjønn, utdanning og andre bakgrunnstrekk kan en prøve å oppnå en bedre forståelse for kommunikasjon mellom medlemmer i organisasjonen en studerer (Pfeffer 1985). I en så omfattende reform som sykehusreformen, der intensjonen har vært å rekruttere nye samfunnsgrupperinger inn i ledelse av sykehus, kan demografiske endringer få konsekvenser for organisasjonsresultatet. Hvordan kommunikasjon, sosialisering og innovasjon foregår i formelle organisasjoner kan belyses gjennom demografiske studier (Mcneil og Thompson 1971). Personalutskiftning over organisasjonsgrensene er en viktig form for samordning og samhandling mellom organisasjoner. Når folk skifter organisasjonstilhørighet, tar de med seg kunnskap og erfaring fra gammel til ny organisasjon. Dette kan skape nye tenkemåter i organisasjonen som rekrutterer nye medlemmer. Sentrale aspekt vil i denne sammenheng være å kartlegge styrenes demografiske sammensetning, tenkemåte og framferd i forhold til valg av direktører i foretakene.

Hvilke effekter demografiske trekk har på formelle organisasjoner har ikke alltid fått like stor oppmerksomhet (Lægreid 1988:19). Noen studier påviser ulike forhold der demografiske trekk er med på å påvirke organisasjoners adferd. Sammenhenger mellom organisasjonsmedlemmenes tilskrevne og oppnådde egenskaper i forhold til konfliktmønstre (Christensen og Lægreid 1998), innovasjon, tilpasningsevne, sosialisering og kontroll er noen av temaene som er forsket på (Staw 1980; Munchinsky og Morrow 1980; Bluedorn 1982; McCain, O'Reilly og Pfeffer 1983; Egeberg 1989).

Under studier av demografiske aspekter er det viktig å være klar over at årsaksretningen ikke alltid er entydig mellom demografiske prosesser og adferdsmønstre. Menneskelig adferd er ofte preget av gjensidig påvirkende prosesser (Schlesinger 1966). Vi kan derfor ikke si med sikkerhet om styrerepresentantene har et visst adferdsmønster på grunnlag av sine forventinger i forhold til direktør, eller om forventningene til direktør blir påvirket av adferdsmønsteret. Ofte må man nøye seg med å slå fast om det finnes en sammenheng. Formålet med de fleste av de organisasjonsdemografiske variablene er likevel å skape objektive målinger i stand til å forklare et vidt felt av organisasjonelle holdninger på en enkel

og likefram måte (Pfeffer 1983). I denne studien vil en kartlegging av styremedlemmene kunne si noe om reformens tyngde i forhold til å gi andre profesjoner innpass i ledelse av sykehus. Organisasjonsdemografien kan være med på å utvikle forklaringer i forhold til organisasjonelle adferdsmønstre. Derfor kan en studie av styrene og ansatte direktører sin demografiske oppbygging være nyttig. Dersom slike variabler blir tatt hensyn til i tillegg til trekk ved kulturen rundt rekrutteringsprosessene, vil de kunne føre til større innsikt i hvordan organisasjonen som studeres virker.

Demografiske aspekter legger mindre vekt på formelle og uformelle strukturer, men understreker betydningen av bakgrunnstrekk ved den enkelte leder (Christensen og Lægred 1998). Ved å undersøke hvor de nye lederne i helseforetakene kommer fra og hvilken ballast de har i form av utdanning, yrkeserfaring og identiteter, kan en prøve å si noe om hvilke ”ledertyper” og ”rolleoppfatninger” som er utbredt etter at sykehusene ble organisert som helseforetak. Siden sykehusreformen til dels retter sterkt fokus mot ”ledelse”, vil eventuelle endringer av slike oppfatninger være av stor interesse. Dette kommer av at endringer i rollemønstre skjer først og fremst gjennom endringer i ledernes rekrutteringsmønstre (Christensen og Lægred 2002:24).

2.3 Et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Innenfor et rasjonelt - instrumentelt perspektiv kjennetegnes organisasjoner av et rasjonelt utformet design med eksplisitte og homogene mål. Organisasjonsstrukturen forventes å gi klare og entydige føringer på hvem som har rett og plikt til å ta beslutninger – når og hvordan. Overordnede målsettinger realiseres gjennom at det finnes eksplisitte og klart utformede målsettinger, at det er klart hvem som kan eller skal delta i ulike typer beslutningsprosesser og at problem- og løsningsoppfatninger er basert på en felles forståelsesramme. Det forutsettes videre at ledelsen har autoritet og makt til å etablere de nødvendige autoritetsstrukturer, og til å kontrollere adferden til andre aktører på lavere nivå i organisasjonen (Egeberg 1984, 1989; Scott 1981; Lie 2001).

I lys av dette perspektivet forventes det at normer og forventinger som er knyttet til organisasjonsmessig plassering og formelle roller vil styre aktørenes atferd. Ved å tilegne seg innsikt i de strukturelle rammene for aktørenes atferd vil det ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv være mulig å forutsi de ulike aktørenes handlingslogikk. Viktige forutsetninger i dette perspektivet er spesielt knyttet opp mot rasjonelt design, hierarkisk styring, kontroll og

homogenitet. I forbindelse med dette blir det viktig å beskrive og analysere de formelle betingelsene for utvelgelse av representanter til foretaksstyrene, samt hvilke kriterier som ligger til grunn for rekruttering av tilhørende direktører. Hvordan betingelsene for valg av styremedlemmer og direktører er utformet, samt hvordan disse påvirker de ulike aktørenes tanke- og handlingsmønster i ulike deler av foretaksorganisasjonen vil stå sentralt.

Ut fra et rasjonelt – instrumentelt syn på rekruttering vil Helsedepartementet og styrene i helseforetakene ha klare definerte mål som legger føringer på rekrutteringen av styremedlemmer og direktører. Disse aktørene vil markere seg mest mulig handlekraftige, for å vise at de er i stand til å rekruttere de mest egnede ledere som har riktige kvalifikasjoner for oppnåelse av sykehusreformens visjoner. Målsettingene som sykehusreformen baserer seg på vil bestemme retningslinjene for hvilke personer som er egnet som styremedlemmer eller direktører i foretakene. Lederne som rekrutteres blir sett på som instrumenter for pålagte oppgaver av eier, i dette tilfellet staten. Aktørene som er med i rekrutteringsprosessene blir sett på som nøytrale deltakere som streber etter de gitte målene (Scott 1998:34). Konfliktnivå og institusjonelle trekk blir tatt lite hensyn til. Eventuelle endringer i rekrutteringsmønster vil komme som følge av endringer i oppfatninger av hvem som er best egnet til å lede et helseforetak. Dette kan blant annet komme til uttrykk som følge av endret politisk lederskap, der det f. eks hevdes at ledere med bredere ledelseserfaring vil kunne gi en mer rasjonell styring av sykehusene (SHD rapport 2001). Kriterier utover de rent formelle i forhold til hvordan selve rekrutteringen burde foregå, blir lite vektlagt. Valgene av styremedlemmer og direktører blir gjort på grunnlag av teknisk nøytrale vurderinger.

I det rasjonelt – instrumentelle perspektivet blir rekrutteringspolitikken sett på som et planprodukt for måloppnåelse. Dersom involverte aktører ikke lykkes med å oppnå de målsettingene sykehusreformen har for styresammensetningen og direktører i helseforetak, vil en ut fra dette perspektivet kunne hevde at utformingen av den formelle organisasjons- og styringskulturen ikke har blitt gjort på en slik måte at det har blitt et optimalt instrument for de som har ansvaret for denne prosessen. Som nevnt er rasjonelt design, hierarkisk styring og kontroll og homogenitet viktige forutsetninger innenfor dette perspektivet.

2.2.1 Forventinger til styrer og direktører ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Innenfor det rasjonelt – instrumentelle perspektivet vil man kunne forvente at overordnede målsettinger realiseres gjennom at det foreligger eksplisitte og klart utformede krav for

hvordan utvelgelsen av styremedlemmer skal gjøres. Det forventes at den rekrutteringspolitikken som blir ført, er bygget på klar mål – middel tenkning, og blir gjennomført på en kontrollert måte i alle deler av foretaksorganisasjonen. Ettersom det fra politisk hold ble vektlagt at foretaksstyrene skulle representere kunnskap innen helse, samfunnsliv, organisasjoner og ledelse, forventes det ut fra denne tilnærmingen at styrene er besatt av personer som gjenspeiler denne type egenskaper. I tillegg forventes det at krav om likestilling og lokal forankring er ivaretatt i samtlige styrer. Likestilling som følge av likestillingslovens bestemmelser og de senere års økte fokus på kvinners tilgang til norske styrer, og lokal forankring som et resultat av helseforetaksloven krever slik forankring i foretaksstyrene.

Ut fra dette perspektivet vil man altså forvente å se en tett kobling mellom reformens intensjoner og de personene som faktisk sitter i styrene for helseforetakene. Ettersom reformen setter fokus på mer ”profesjonell” ledelse, vil en kunne forvente at personene som nå sitter i styrene har erfaring fra ledelse og styrearbeid innen ulike samfunnsområder. Utover dette vil variasjoner rundt andre typer egenskaper ved styrerepresentantene i de ulike styrene kunne forekomme, som en følge av at det ikke stilles konkrete krav stilles til den helhetlige styresammensetningen i det enkelte foretak. I tillegg vil en hierarkisk seleksjon av styremedlemmer der regionale representanter velges av eierdepartementet og lokale representanter velges av regionalt eierforetak, kunne åpne for visse forskjeller i rekrutteringsmønster. Dette gjelder særlig mellom regionale og lokale styrer, ettersom de regionale foretakene har hatt stor frihet i forhold til hvordan de kunne sette sammen styrene på lokalt nivå. Uansett forutsettes det at valg av styrerepresentanter blir gjort ut fra en teknisk nøytral vurdering. Fokus ligger i denne utvelgelsesprosessen på hvordan styresammensetning ønskes endret og rent faktisk blir endret.

Den styresammensetningen som har blitt valgt vil kunne sees på som et slags ”speilbilde” av viktig kompetanse for å møte fremtidige utfordringer og målsettinger i spesialhelsetjenesten. En av utfordringene vil da være å finne godt kvalifiserte direktører for å ivareta den daglige ledelsen av foretakene. I denne prosessen forventes det at styrene legger vekt på å rekruttere personer som er innehavere av kompetanse som fremmer målsettingene sykehusreformen har i forhold til ledere i sykehus. Rasjonalitet er her en viktig faktor. Styrene gjør analytiske avveininger opp mot de målsettinger og resultatorienteringer som forligger på grunnlag av den profesjonelle kompetansen de som helhet i styrene representerer. Konfliktnivået blir i

denne prosessen i liten grad problematisert. Dette samme gjelder tilgangen på egnede/kvalifiserte kandidater til direktørstillingen. Man velger beste kandidat ut fra tilgjengeligheten på arbeidsmarkedet. Videre forventes det at styrene har en begrenset kapasitet, der tid og energi er knappe ressurser. Dette åpner for at ikke alle styremedlemmene nødvendigvis har deltatt aktivt i rekrutteringen av direktør.

Når det gjelder demografien hos de rekrutterte direktørene, vil en ut fra dette perspektivet forvente en klar sammenheng mellom rekrutterte direktører og styrets syn på hvem som er best egnet til å håndtere oppgavene som sykehusreformen pålegger ledere i helseforetak. Fokus på formell ledererfaring og kompetanse forventes å bli lagt stor vekt i tråd med sykehusreformens intensjoner. Utover dette vil variasjoner i profesjons- og karrierebakgrunn kunne forekomme, som følge av lokale tilpasninger i det enkelte foretak uansett nivå eller regionstilhørighet.

2.4 Et institusjonelt perspektiv

Mens det rasjonelt - instrumentelle perspektivet vektlegger de formelle sidene ved organisasjon og styring, setter det institusjonelle perspektivet de uformelle sidene ved organisasjoner i fokus. Innenfor dette perspektivet vektlegges i større grad forståelse av historie, tradisjon og innarbeide normer og verdier (Selznick 1957, March og Olsen 1989).

Et sentralt element i dette perspektivet er at forandringer som ikke er i overensstemmelse med institusjoners/ sektorers grunnleggende identitet, verdier og normer vil møte motstand i organisasjonen og derfor ha liten sjanse for å lykkes. Steven Krasner (Krasner 1988:67) sitt begrep ”stivhengighet” er et stikkord i denne sammenhengen. Institusjoner har innarbeidet handlingslogikker som gjør at det vil være vanskelig å endre kurs raskt når det gjelder rolleoppfatninger, regler, prosedyrer og handlingsmønstre. De tilpasser seg ikke automatisk til forsøk på innblanding, men utvikler seg over tid. Det eksisterer en institusjonell treghet der ineffektive og motstridende løsninger kan overleve i organisasjonen i lange perioder etter at implementeringen av reformer har startet (March og Olsen 1995).

Jo mer en reform bryter med de grunnleggende verdier, normer og identiteter som preger organisasjonen eller sektoren, desto mer sannsynlig er det at forsøk på endringer vil møte motstand, i hvert fall på kort sikt. Og jo større rom det er for fortolkning og skjønn i den nye organisasjonsstrukturen, desto mer sannsynlig er det at aktørene forsetter å handle ut fra en

innarbeidet institusjonell handlingslogikk. Dette kan for eksempel gjelde ulike interessenter, som kan utøve eksplisitt institusjonell motstand mot reformen, eller de kan ”forsette som før” upåvirket av endring i de formelle rammene. Det vil i forhold til foretaksstyrene være interessant å se hvor mange som kommer fra det ”gamle regimet” dvs. politiske miljøer eller fylkeskommunal helseadministrasjon. Disse kan være en kunnskapsmessig ressurs for de nye helseforetakene, samtidig som de kan representere en form for institusjonell treghet dersom disse ikke makter å tilpasse seg forventningene til den nye styringskulturen. På departementsnivå kan reformen representere en utfordring for institusjonaliserte handlingslogikker i forhold til rekrutting til regionale styrever, men også på regionalt nivå i forhold til rekruttering av styreverrepresentanter til lokale styrever.

Dersom institusjoner raskt og uten kostnader kan tilpasses optimalt til endrede omgivelser eller lederens skiftende preferanser, vil relevansen av et institusjonelt perspektiv begrenses. Fra denne tilnæringsmåten forsettes det at endringer i en institusjons identitet forekommer sjelden, og at de som nevnt ovenfor primært inntreffer i krisesituasjoner. Krisene som oppstår blir deretter etterfulgt av lange perioder med stabilitet (Krasner 1988). Visse historiske hendelser kan altså åpne for store endringer. De løsninger som velges, kan bli ”frosset” i strukturer som legger sterke føringer på fremtidige endringsprosesser. Et viktig aspekt her er at det forutsettes at mulighetene for endring begrenses av den enkelte institusjons historie – av de hendelser, valg og politiske seire som gjenspeiles i eksisterende strukturer (Olsen 1988:24). Sjansene for at reformen skal lykkes øker hvis endringene er konsistente med institusjonens identitet, og hvis reformforsøkene bygger på innsikt i institusjonens særtrekk og historiske utvikling.

Det institusjonelle perspektiv vil i en rendyrket form ha en institusjonsstyrt rekruttering, det vil si en rekruttering i tråd med mer tradisjonelle byråkratiidealer (Lægneid 1989:6). Reglene for rekruttering av foretaksdirektører vil være standardregler, med ansiennitet og formell kompetanse som viktige kriterier. I tillegg til dette vil arbeidsmarkedet hovedsakelig være internt (Nerland 1997:13). Avansement og toppstillinger vil i sammenheng med sykehusreformen være forbeholdt personer som har gått gradene i ledelse av helserelaterte virksomheter.

Helseforetakene er ikke nøytrale instrumenter, men kulturelle systemer som bærer med seg verdier og identiteter. De tilpasser seg ikke automatisk til forsøk på innblanding og endring,

men utvikler seg over tid (Heggholmen 1988:12). Holdningene til nye former for lederskap innen sykehusdrift vil derfor måtte endres en lengre tidsperiode. Innenfor denne modellen står også signalfunksjonen sterkt. Tilsatte, søkere, overordnede og folk flest har tillit til en rekrutteringspraksis som følger legitime og akseptable former. Rekrutteringsformer og rekrutteringspraksis fungerer som signal til indre og ytre grupper om at organisasjonen er i samsvar med sosialt aksepterte måter å utføre slike funksjoner på (Læg Reid 1989:7). For helseforetakene sin del vil det si at en prøver å skape legitimitet for nye grupperinger innen ledelse av sykehusene. En vil gjennom rekrutteringspraksisen for både styremedlemmer og direktører, utvikle og holde ved like normer for drift av sykehusene som oppleves som akseptable for så mange som mulig.

2.3.1 Forventinger til styrer og direktører ut fra et institusjonelt perspektiv

I det institusjonelle perspektivet vil sammensetningen av styrene fungere som et signal til indre og ytre grupper om at Helsedepartementet og den politiske ledelse oppfører seg i samsvar med sosiale aksepterte normer. De som foretar utvelgelsen av styremedlemmer på ulike nivå er her forpliktet til å forsvare kollektive og allment aksepterte standarder og normer for likebehandling, nøytralitet og rettferdighet. Siden dette perspektivet fokuserer på at forvaltningen som foretar rekrutteringen ikke er et nøytralt instrument, men kulturelle systemer som bærer med seg verdier og identiteter, forventes det her at demografien i foretaksstyrene ikke har gjennomgått radikale endringer i forhold til de gamle fylkekommunale sykehusstyrene. Overgangen fra partssammensatte til profesjonelt sammensatte sykehusstyrer vil ikke nødvendigvis føre til store omveltninger i representasjonsmønsteret fra tidligere styrer. Slike omveltninger vil gjennom dette perspektivet måtte gå over lenger tid, fordi motstridende krefter og interesser innad i helsesektoren sannsynligvis kan virke hemmende på denne prosessen. Dette forventes å kunne gi seg utslag i forskjeller mellom de to foretaksnivåene. Politisk valgte regionale foretaksstyrer kan i denne sammenheng få annen sammensetning enn lokale foretakstyrer valgt av regionale foretak. Motstridende krefter nedover i foretaksorganisasjonen, med større avstand til politiske reforminitiativtakere, kan muligens påvirke valg av representanter i en annen retning enn sykehusreformen har tiltenkt.

Det institusjonelle perspektiv åpner derfor for at tidligere dominerende grupperinger som politikere og leger fortsatt kan ha et godt "fotfeste" innenfor de profesjonelt sammensatte styrene. Deres representasjon har da hovedsakelig utgangspunkt i lang erfaring fra relevant

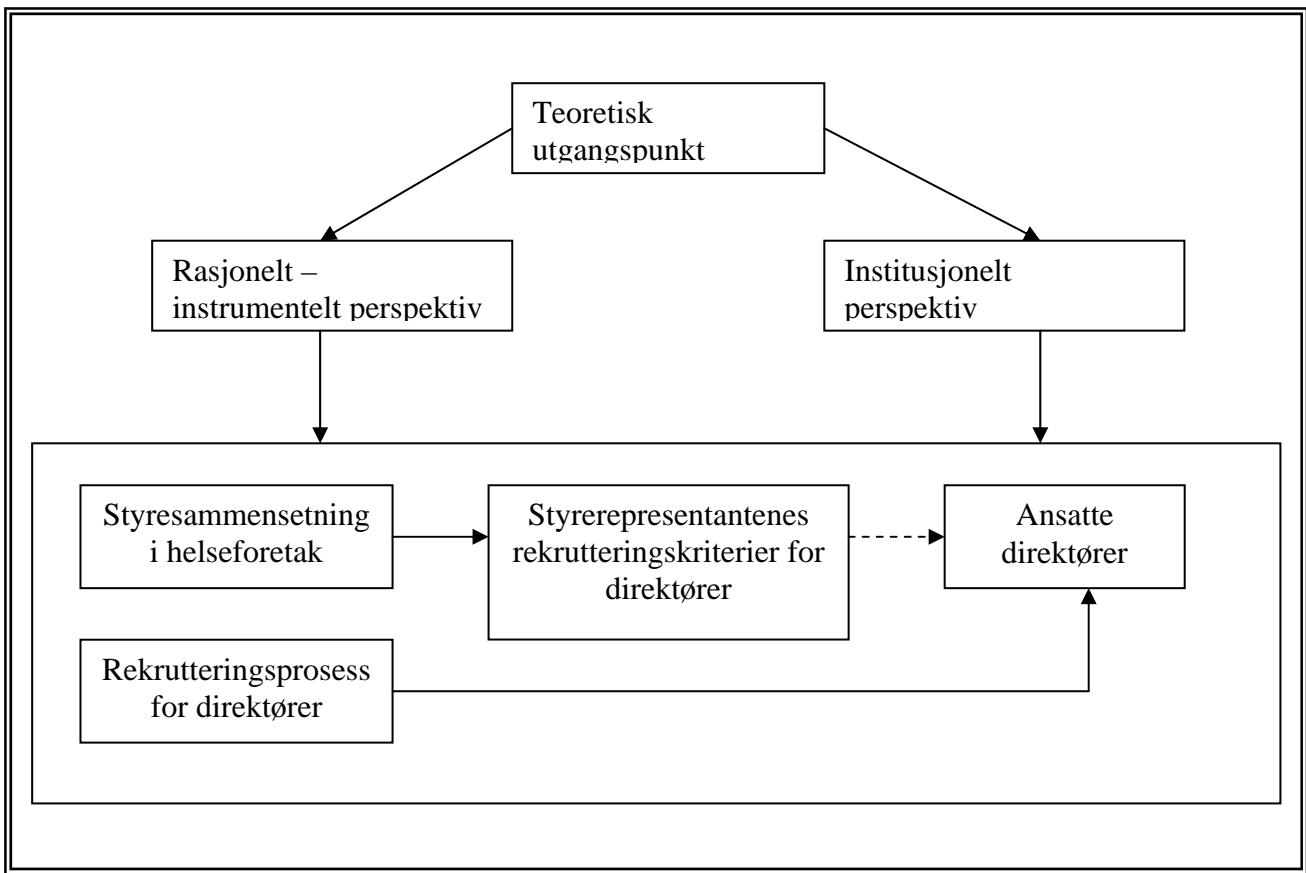
virksomhet i tilknytting til spesialhelsetjenesten. Legenes tradisjonelt sterke stilling innen ledelse i sykehus, vil kunne gi dem innpass også i de profesjonelle styrene. Videre forventes det at de som blir rekruttert til foretaksstyrene har erfaring fra ledelse - og styrearbeid som en direkte følge av at dette fremheves som sentralt i sykehusreformen. Innslaget av menn i femtiårene vil også forventes å være fremtredende i tråd med tradisjonell praksis i norske styrever.

Styrenes sammensetning vil ut fra dette perspektivet kunne påvirke valg av direktører i foretakene. Tidligere etablerte normer og praksiser innen ledelse av sykehus representert i foretaksstyrene ved styrerepresentanter med inngående kjennskap til sykehusledelse, kan legge en demper på nytenkning i forhold til direktører. At det fra eierdepartementet presiseres at lederstillinger skal utlyses profesjonsnøytralt, vil ikke nødvendigvis føre til større profesjonsmangfold blant direktørene. Utdanning forventes fortsatt å spille en viktig rolle i utvelgelsen av direktørene. Mange leger vil derfor kunne bli å finne i direktørstillingene, både som følge av at de som profesjon har stått sterkt innen ledelse av sykehus, men også fordi en ut fra dette perspektivet vil kunne forvente en utstrakt grad av intern rekruttering. Direktører med bakgrunn fra privat næringsliv vil derfor utgjøre et mindretall, som følge av at man benytter intern rekruttering for å skape legitimitet til ledelsen internt i organisasjonen. En slik legitimitet skapes da gjerne ved å rekruttere personer med lang erfaring fra toppledelse i sykehus eller andre sammenlignbare virksomheter. Perspektivet legger dermed opp til en løsere kobling mellom reformens klare målsettinger om å fornye ledelsen i sykehusene, og det faktiske rekrutteringsmønsteret.

2.5 Studiens analysegrunnlag

For å gi en samlet oversikt over hvordan de teoretiske perspektivene henger sammen med de ulike variablene som danner grunnlaget for studiens analyse, vil jeg nå presentere studiens analysegrunnlag i en analysemodell.

Tabell 2.1 Studiens analysegrunnlag



Hensikten med studien er som det utgår av valgte problemstilling å belyse ulike sider ved foretaksstyrene, og deres rekruttering av direktører i helseforetak. Konkret går dette ut på å kartlegge hvem som sitter i foretaksstyrene, hvordan styremedlemmene vurderer viktigheten av ulike rekrutteringskriterier for direktører, samt hvordan rekrutteringen ble utført og hvem som har blitt ansatt i direktørstillingene. Tolkningen av sammenhengen mellom styremedlemmenes holdninger til rekrutteringskriterier vedrørende direktører, opp mot ansatte personer i disse stillingene, gjøres indirekte dvs. uten å gå inn hvert enkelt tilfelle. Grunnen til dette jeg ønsker avdekke generelle tendenser for rekrutteringsprosessen, og ikke går inn i hvert enkelt styres konkrete sammensetning opp mot valgte direktør. Studiens funn blir tolket ut fra de to valgte perspektivene. I et rasjonelt – instrumentelt perspektiv fokuseres det på om hvorvidt valgte styresammensetninger og direktører i foretakene ”lever opp til” sykehusreformens intensjoner for nettopp disse personene. Her tenkes det spesielt på om man har klart å rekruttere ønskelig kompetanse til helseforetakene gjennom styremedlemmer og direktører. Ut fra et institusjonelt perspektiv fokuseres det mer på å sette styresammensetningen og rekrutteringen av direktører opp mot tidligere

styresammensetninger og sykehusdirektører. Rekrutteringspraksisen som har blitt ført, blir forsøkt belyst med utgangspunkt i innarbeidede normer og verdier innen spesialhelsetjenesten. Dette gjøres da med utgangspunkt i at endring i rekrutteringsmønster gjerne må skje over tid, ikke kun som følge av et radikalt reformforsøk.

2.5.1 Variabeloversikt

Variablene som benyttes for å belyse min problemstilling vises i tabell 2.2 og 2.3.

Tabell 2.2 Uavhengige variabler

Tema	Uavhengige variabler
Styresammensetning	Foretaksnivå, Region , Styrefunksjon
Styrerepresentantenes holdninger til direktører	Foretaksnivå, Region, Sosial bakgrunn, Virksomhets- og sektortilknytting, Profesjonalitet, tilknytting til politiske miljø/ frivillige organisasjoner
Rekrutteringsprosess	Foretak
Ansatte direktører	Foretaksnivå, Region

Kartleggingen av styresammensetningen blir gjort på bakgrunn av tre uavhengige variabler; *Foretaksnivå*, *Region* og *Styrefunksjon*. Den første variabelen *Foretaksnivå* skiller mellom regionalt og lokalt nivå. Den andre *Region* skiller mellom de fem ulike helseregionene. Den tredje variabelen *Styrefunksjon* skiller mellom ansatte representanter og ordinære styremedlemmer. Hele populasjonen (alle styremedlemmer inkludert ansatte representanter) vil kun bli vist i tabeller der variabelen *Foretaksnivå* blir benyttet. Dette kommer av at ansatte representanter ikke er rekruttert på samme grunnlag som ordinære medlemmer, og dermed ikke har like stor relevans for den videre analysen av de empiriske funn. Disse representantene er kun tatt med for lettere illustrere nyanser i tallmaterialet. Variablene *Foretaksnivå* og *Region* brukes også i kartleggingen av styremedlemmenes holdninger i forhold til ulike egenskaper ved direktører. I tillegg benyttes variabler som omhandler ulike trekk ved den enkelte styrerepresentant. Videre belyses rekrutteringen av direktører av variabelen *Foretak* som ikke skiller mellom de to foretaksnivåene. Dette skille utelukkes på grunnlag av at få personer inngår i besvarelsen av dette skjemaet, samtidig som anonymiteten lettere ivaretas. Resultatet av denne rekrutteringen, dvs. de ansatte direktørene, kartlegges med utgangspunkt i variablene *Foretaksnivå* og *Region*. Dette gjøres for å kunne danne et sammenligningsgrunnlag mellom styrene og direktører, på ulike nivå og i ulike regioner.

Tabell 2.3 Avhengige variabler

Tema	Avhengige variabler
Styresammensetning	Kjønn, Alder, Lokal forankring, Utdanning, Type virksomhet, Erfaring fra helsesektor, Antall år i helsesektoren, Type stilling, Styreerfaring, Styreerfaring fra, Styreverv i tillegg, Antall styreverv, Tillitsverv i frivillig/ int.org., Tillitsverv politisk parti
Styrerepresentantenes holdninger til direktører	Resultater i tidligere stillinger, Ledererfaring, Utdanning, Yrkeserfaring fra helsesektoren, Yrkeserfaring fra off. sektor for øvrig, Yrkeserfaring fra privat sektor for øvrig, Lokal forankring, Politisk erfaring, Kjønn
Rekrutteringsprosess	Deltakere, Bruk av rekrutteringsfirma, Påvirkning av aktører utenfor styret, Retningslinjer under rekrutteringen (muntlige/ skriftlige), Hensyn under rekrutteringen, Betydning for tilsetting, Grad av enighet rundt ansettelse, Likebehandling, Lønn viktig for, Kjennskap til direktør, Kandidater oppfordret til å søke, Aktivt søk
Ansatte direktører	Kjønn, Alder, Utdanning, Erfaring fra helsesektoren, Kom til nåværende stilling fra, Hvilken sektor jobbet lengst innenfor, Kom til nåværende stilling - stillingsnivå

Tabell 2.3 viser de avhengige variablene som benyttes på de ulike delene av studiens fokus. I forbindelse med kartleggingen av styrenes sammensetning brukes variabler som *Kjønn*, *Alder*, *Lokal forankring* og *Utdanning*, samt variabler som har som formål å beskrive den enkelte styremedlems yrkeskarriere. Videre kartlegges styrerepresentantenes holdninger i forhold til ulike egenskaper ved direktører ut i fra ni variabler. Disse variablene omhandler ulike aspekt ved direktørenes yrkesbakgrunn, samt *Lokal forankring*, *Kjønn* og *Politisk erfaring*. Under gjennomgangen av selve rekrutteringen av direktører brukes blant annet variabler som *Deltakere*, *Hensyn under rekrutteringen*, *Grad av enighet rundt ansettelse*, for å belyse ulike sider ved den praktiske utføringen av prosessen. For ansatte direktører benyttes lignende variabler som hos styremedlemmene for å kunne danne et visst sammenligningsgrunnlag mellom dem.

2.6 Oppsummering teoridel

Ved å bruke de teoretiske tilnærmingene som blir skissert i dette kapittelet, skal studien prøve å forklare og skape forståelse av styresammensetningen og rekrutteringsmønsteret som har blitt praktisert i kjølvannet av foretaksorganiseringen. Perspektivene har ulik forklaringskraft i forhold til det studien setter søkelys på, og at det med stor sannsynlighet vil vise seg at et perspektiv alene ikke kan forklare hele prosessen som problemstillingen setter søkelys på.

2.7 Metode

I et studieopplegg som dette vil tema, problemstilling og metode være faktorer som er nært knyttet sammen (Yin 1994). Valg av forskningsstrategi vil først og fremst avhenge av hvilke typer spørsmål som reises i problemstillingen, hvilken grad av kontroll forskeren har over studieobjektet og hvor nært dette befinner seg i tid. For å gjennomføre studiens intensjon samt å følge opp problemstillingen på en best mulig måte, er det lagt opp til et kvantitativt undersøkelsesopplegg. Dette undersøkelsesopplegget ble supplert med to kvalitative intervju i sonderingsfasen under utarbeidelsen av spørreundersøkelsen. Valg av en kvantitativ tilnærming er gjort for lettere å kunne skape en bred oversikt over egenskaper ved styremedlemmer og direktører i de nye helseforetakene.

2.7.1 *Det kvantitative undersøkelsesopplegget*

Denne studien omfatter et betydelig antall styremedlemmer og direktører i helseforetak, og en kvantitativ tilnærming ble anvendt i datainnsamlingen for å kunne belyse problemstillingen på en grundig og utførlig måte. Selve bearbeidelsen av innsamlede data er gjort ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.

En klar fordel med et kvantitativt undersøkelsesopplegg er at tallfestet informasjon er lett å bearbeide og gjør komparasjon mulig. Denne type undersøkelsesopplegg gjør dessuten avgrensning enklere, ettersom man her har et klart start- og slutt punkt. Datamaterialet som samles inn gjennom en kvantitativ spørreundersøkelse skal forsøksvis beskrive et fenomen relativt presist i omfang og utstrekning. Denne tilnærmingen gjør det mulig å presentere svarene på de enkelte spørsmålene gjennom prosentvise fordelinger eller frekvenser. Med forbehold om de usikkerhetene som ligger i statistiske analyser, kan generaliseringer gjøres på bakgrunn av de funn som blir gjort. Muligheten for generaliseringer gjør til at en kvantitativ tilnærming ofte gis høy ekstern gyldighet (Jacobsen 2000). Fordi den kvantitative tilnærmingen gjør det lettere å strukturere informasjonen som samles inn, kan en også lettere si noe om variasjoner og sammenhenger mellom de ulike undersøkelsesobjektene. Det blir i mitt tilfelle lettere å identifisere hovedtrekkene blant ledere i helseforetak. Med hovedtrekk mener jeg da typiske karakteristikk ved styremedlemmer og direktører, og egenskaper som er vanlig eller som avviker fra normaltillfellene.

Et annet argument for anvendelse av et kvantitativt undersøkelsesopplegg er mulighetene for tids- og ressursbesparelse. Populasjonen som denne studien omhandler består i første rekke av

personer som tilhører det vi kan kalle et "toppledersjikt" innen offentlig og privat virksomhet. Dette medfører at mange sitter i tidkrevende stillinger som reduserer mulighetene for å gjennomføre intervjuer i en så stor skala som denne studien prøver å dekke. I tillegg er disse personene spredt over hele Norge, noe som ville medført en utstrakt reisevirksomhet for å gjennomføre intervjuer med en slik bredde og representativitet som denne studien legger opp til. Metodevalget gir derfor muligheten til å nå flere undersøkelsesenheter på kortere tid og til lavere kostnader enn med en kvalitativ tilnærming. Spørreundersøkelser muliggjør dessuten at respondentene kan være anonyme. Fordeler et kvalitativt intervju kan gi i forhold til å gi mer nyansert informasjon, kan i en spørreundersøkelse avveies av at muligheten for mer oppriktige svar kan komme som følge av større grad av anonymisering. Man reduserer muligheten for at svar blir gjort på bakgrunn av strategiske grunner hos den enkelte respondent ved å klart presisere at anonymiteten er ivaretatt etter de krav som foreligger hos datatilsynet.

Det er viktig å være oppmerksom på at en kvantitativ tilnærming er forbundet med en del ulemper. Forskerens forhåndsdefinering av relevante spørsmål gjør databehandlingen lettere, men reduserer fleksibiliteten i datainnsamlingen. Garantier for at alle respondenter finner utvalgte spørsmål like relevante, er vanskelig for forskeren å vite noe om på forhånd. Forskeren har dessuten få muligheter til å kontrollere respondentenes tolkning og forståelse av lukkede spørsmål uten egen tilstedeværelse (Mordal 1989:31). Avstanden mellom forsker og undersøkelsesobjekt kan således bli problematisk, ettersom stor avstand kan minske forståelsen for det fenomenet som skal studeres (Jacobsen 2000). Et annet usikkerhetsmoment ved denne type studier er svarprosenten. Bruk av spørreskjema pr. brev som jeg har benyttet, gir ingen forhåndsgarantier om en svarprosent som tilfredsstillende samfunnsvitenskaplige standarder. Det vil derfor alltid være usikkerhetsmomenter rundt svarprosenten i forkant av slike studier. Korte tidsfrister og tidkrevende besvarelser kan påvirke i negativ retning. Det samme gjelder spørsmålsformuleringer som av respondentene oppfattes som lite relevante eller "støtende". I tillegg begrenses mulighetene til å rette opp svakheter ved undersøkelsesopplegget kraftig etter at spørreskjemaene blir sendt ut.

2.7.2 Studiens kvantitative data

En kvantitativ tilnærming er valgt på grunnlag av ønsket om å gå i bredden for å vektlegge antall og omfang i det empiriske materialet. Ved å benytte meg av en kvantitativ innfallsvinkel i forhold til styresammensetningen i helseforetak og rekrutteringspraksisen

disse har ført ovenfor direktører, vil jeg prøve å si noe konkret om egenskaper ved styrene og rekrutteringen av direktører. Spørreskjemamaterialet brukes i en systematisk sammenligning mellom de fem helseregionene og de to foretaksnivåene for å avdekke om forskjeller i rekrutteringspraksis av styremedlemmer og direktører er til stede. Ved å spørre både styrerepresentanter om demografi og holdninger til rekrutteringskriterier for direktører, samt spørre direktørene om deres demografiske kjennetegn, vil jeg kunne avdekke samsvar eller avvik i forhold til de oppfatninger styremedlemmer har av direktører, og hvorvidt disse oppfatningene stemmer overens med de direktører styrene har valgt å ansette i sine respektive helseforetak. I denne sammenheng er det viktig å poengtere at de data som hentes inn gjennom spørreskjemaundersøkelsen er et øyeblikksbilde av den styre- og direktørsammensetningen på det tidspunktet da skjemaet ble sendt ut.

2.7.3 Styremedlemmer og direktører i helseforetak som analyseenheter

Valget av styremedlemmer og direktører som analyseenheter i denne studien har mange årsaker. For det første sitter styrene og direktørene med ansvaret for å lede relativt fristilte foretak med sentrale funksjoner i vår velferdsstat. Lederne i hvert enkelt foretak er ansvarlige for å levere helsetjenester i henhold til de krav staten til en hver tid stiller innenfor sitt geografiske virkeområde. For det andre er styrene og direktørene ledere for geografisk oversiktlige enheter. Samtlige foretak har egne styre og direktører med ansvaret for helseforetak av varierende størrelse og ulik beliggenhet, noe som gjør dem til hensiktsmessige enheter i en kvantitativ studie. For det tredje er det viktig å ta i betraktning at lederne i helseforetak er myndighetenes ”forlengende arm” i iverksettelsen av sykehusreformen, noe som gjør dem interessante i seg selv. Kunnskap om styremedlemmenes bakgrunn og tilhørighet kan være med på å øke forståelsen for valg av direktører på ulike nivåer og i ulike regioner.

2.7.4 Utformingen av spørreskjemaet

Spørreskjemaene (se vedlegg 1) ble pretestet av en gruppe på ca. 20 personer med tilknytning til Helseforetakene. Slik testing har til hensikt å redusere sjansene for at viktige punkter blir glemt, at flertydige spørsmål – og svaralternativer unngås og at spørsmål som kan virke støtende på respondentene gjøres mer indirekte (Ilstad 1989:56). I tillegg gir en slik test muligheter til å undersøke om svaralternativene dekker det man forsøker å finne ut av (Bailey 1987). Prestesting medfører derfor at reliabiliteten og validiteten i datamaterialet blir langt større enn hvis jeg som forsker hadde utformet spørreskjemaene alene (Mordal 1989). Den

endelige utformingen av spørreskjemaene ble gjort på grunnlag av tilbakemeldingene fra pretestingen og ytterlige vurderinger fra min side.

For best mulig kunne sammenligne trekk ved styremedlemmer og direktører er det i stor utsterkning blitt brukt gjensidig utelukkende svarkategorier. Dette har blitt gjort for å lette arbeidet med kodingen av tallmaterialet, og gjøre besvarelsen av spørsmålene enklest mulig. I tillegg har det blitt brukt rangerte svarkategorier der dette er funnet hensiktsmessig.

Spørsmålene i studien har inngått i et større forskningsprosjekt der andre forskningsinstitusjoner¹ har deltatt med egne spørsmål, og det er lagt vekt på å lage spørsmål og svar så presise som mulig, samtidig som det har blitt lagt ned mye arbeid med å holde lengden på skjemaene innenfor et forsvarlig nivå. Ingen av de tre skjemaene er over ti sider, en lengde som er innenfor de krav som ofte stilles til slike spørreskjema i samfunnsvitenskaplige studier (Johannesen 2003:29). Verken jeg eller noen av de andre aktørene ønsket å gjennomføre overlappende spørreundersøkelse som kunne gå ut over svarprosentene hos samtlige av de involverte forskerne. Det er da også svært viktig å påpeke at enkelte spørsmål som opprinnelig var tiltenkt å være med i undersøkelsen er blitt utelatt.

2.7.5 Utvelgelse og populasjon

Datagrunnlaget for denne undersøkelsen er basert på tre spørreskjema gjennomført i perioden august – oktober 2003. Det ble sendt ut spørreskjema med ferdigfrankert svarkonvolutt til samtlige styrerepresentanter i regionale og lokale helseforetak. Det ble lagt ved et tilleggskjema til kun til styreleder i det enkelte helseforetak som omhandler den praktiske utførelsen av selve rekrutteringen av direktør. Det tredje og siste skjemaet ble sendt til de ansatte direktørene i samtlige helseforetak.

Responsen var relativt god hos styremedlemmer og direktører, men noe dårligere blant styrelederne. Etter purring hos de respondentene som hadde unnlatt å besvare spørreskjemaene, ble den samlede svarprosenten 71%.

¹ Disse institusjonene er Norsk institutt for by –og regionalforskning, Rogalandsforskning og Nordlandsforskning

2.7.6 Svarmønster og representativitet

I tabell 2.4 vises en oversikt over antall utsendte og returnerte spørreskjemaer. Totalt ble det sendt ut 342 skjemaer fordelt på styremedlemmer og direktører. Blant styremedlemmer er svarprosenten svært god. Tilleggskjemaet til styrelederne oppnådde ikke like stor svarprosent, men er likevel på et tilfredsstillende nivå. Når det gjelder direktører varierer svarprosenten noe mellom nivåene, men er også her tilfredsstillende alle direktører sett under ett.

Tabell 2.4 Utsendte og mottatte skjema samt svarprosent

Type spørreskjema / foretaksnivå	Antall utsendte skjema (N)	Antall mottatte skjema (N)	Svarprosent
Regionale styremedlemmer	45	36	80 %
Regionale styreledere	5	3	60 %
Regionale direktører	5	2	40 %
Lokale styremedlemmer	238	172	72 %
Lokale styreledere	19	10	53 %
Lokale direktører	30	21	70 %
Totalt	342	244	71 %

Som det fremgår av tabell 2.5 nedenfor varierer svarprosenten for de ulike skjemaene noe mellom de fem regionene. Regionale styreledere i Helse Vest og Helse Midt har ikke besvart spørreskjemaet. Det samme gjelder regionale direktører i Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord. For sistnevnte region kan dette skyldes at på det tidspunktet spørreskjemaene ble sendt ut hadde direktør nylig forlatt sin stilling uten å ha blitt erstattet. Videre ser vi at ingen lokale styreledere har besvart undersøkelsen i Helse Sør. Dette kommer av at denne regionen var den eneste som praktiserte gjennomgående styrerepresentasjon for styreledere på det tidspunkt spørreskjemaene ble sendt ut. Dette har medført at lokale styreledere i Helse Sør ikke inngår i denne studien, og at det dermed ikke finnes data fra selve rekrutteringsprosessen i denne regionen.

Tabell 2.5 Svarprosent i den enkelte region

Svarprosent for følgende skjema i de fem regionene	Helseregion				
	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord
Regionale styremedlemmer	100%	78%	78%	67%	78%
Regionale styreledere	100%	100%	0	0	100%
Regionale direktører	100%	100%	0	0	0
Lokale styremedlemmer	77%	72%	80%	73%	61%
Lokale styreledere	80%	0%	25%	50%	60%
Lokale direktører	86%	78%	75%	40%	60%

Det er også viktig å påpeke at opplysninger som om handler kjønn, alder og utdanning har blitt registrert i etterkant² hos mange av de respondentene som ikke har besvart spørreskjemaene. Dette medfører at svarprosenten er langt høyere i flere av tabellene som vises i kapittel 4, 5 og 6 enn hva tabellen ovenfor viser.

2.7.7 Generelt studieobjektet (generelt om utvalget)

Utvalget som denne studien baseres på omfatter 380 personer fordelt på samtlige helseforetak i Norge. Av disse er 345 personer styremedlemmer i helseforetak (45 i regionale foretak og 300 i lokale foretak) og 35 personer direktører i helseforetak (5 i regionale foretak og 30 i lokale foretak). Den store variasjonen i antall undersøkelsesenheter på regionalt og lokalt foretaksnivå er viktig å merke seg under i den empiriske fremstillingen. Få analyse- enheter gir i enkelte tabeller store utslag på de prosentvise fordelingene. Videre varierer antallet styremedlemmer i det enkelte foretaksstyret noe etter foretakets størrelse, men skal i henhold til helseforetaksloven være på minimum 5 personer pluss ansatte representanter. Når det gjelder direktører, skal samtlige foretak ha egen administrerende direktør uavhengig av størrelse og beliggenhet.

2.7.8 Kontroll av reliabilitet og validitet

Når man bruker spørreundersøkelser som grunnlag for datainnsamling, må man alltid vurdere om de data som blir samlet inn er korrekte i forhold til den problemstilling studien ønsker å belyse. I en slik prosess blir det da svært viktig å sikre at spørsmålene som stilles kan svares på ut fra hvordan problemstillingen er formulert. Validitet er i denne sammenheng et spørsmål

² Denne registreringen er gjort på grunnlag av spørsmål via e-post, adresselister og andre opplysninger som har vært tilgjengelig på internett.

om i hvilken grad den informasjonen datamaterialet gir, er relevant for problemstillingen som ligger til grunn for studien. Det er her viktig å påpeke at det som oftest ikke er noen enkel og entydig korrespondanse mellom det underliggende forhold som forskeren har i tankene, gjerne kalt den *teoretiske variabelen*, og det som konkret kan observeres og registreres, gjerne kalt den *operasjonelle variabel* (Undheim 1985:21). Som forsker må man derfor underbygge at de målinger som er foretatt er av interesse. For å ivareta dette brukes flere indikatorer på de mest sentrale variablene rundt studieobjektene.

Reliabiliteten bestemmes av hvordan målingene som leder frem til tallene i datamatriksen er utført, samt nøyaktigheten i de ulike operasjonene knyttet til denne prosessen (Hellevik 1994:159). Under datainnsamlingen kan flere kilder til unøyaktighet og feilvurderinger oppstå. Utformingen av spørreskjema, samt registreringen av innsamlede data i statistikkverktøy, kan være kilder til svekket reliabilitet. I spørreskjemaene er derfor åpne svarkategorier redusert til et minimum for lettere kategorisere dataene. Det er dessuten lagt mye arbeid i best mulig utnyttelse av statistiske analyseverktøy. Selve reliabilitetstestningen kan skje ved etterprøving av resultatene (Undheim 1985).

2.7.9 Metodiske betraktninger ved studien

Ved å konsentrere studien rundt sammenhenger mellom ansatte direktører og styresammensetningen i helseforetakene, begrenses mulighetene til å si noe om andre aktørers oppfatninger av viktige egenskaper ved direktører, samt deres synspunkter på hvordan selve rekrutteringen ble gjennomført. Da tenkes det spesielt på eierdepartementet og forskjellige interesseorganisasjoners oppfatninger av ulike aspekter ved denne undersøkelsen.

Styreledernes oppfatninger av disse grupperingens påvirkning inngår i studien, men ikke grupperingenes synspunkter på hvorvidt de har hatt innflytelse på valg av direktører. Dette svekker naturligvis mulighetene til å kunne gi en omfattende fremstilling av ekstern påvirkning på styrene, og deres valg av direktører. Jeg har valgt å avgrense denne studien til å omhandle interne aktører fordi kartlegging av ekstern påvirkning lett kunne blitt svært omfattende. Spørsmål vedrørende ekstern påvirkning viste at slik påvirkning i liten grad har funnet sted, noe som styrker de valg jeg har gjort i forhold til avgrensningen av undersøkelsesenheter.

Beslutningen om å sende spørreskjema til samtlige styremedlemmer i helseforetakene, ble gjort på bakgrunn av at styret har ansvaret for å ansette direktør i eget foretak. Jeg forventet

derfor at styreprerentantene hadde gjort seg opp klare meninger om hvilke egenskaper ved direktører som har vært foretrukket fremfor andre. Siden mine spørsmål inngikk i et større spørreskjema til styremedlemmene, ble spørsmål vedrørende selve rekrutteringsprosessen vedlagt et eget tilleggsskjema kun til styrelederne. Dette ble gjort for å unngå at lengden på spørreskjemaet skulle bli for omfattende. Hvorvidt en slik løsning var lurt kan sikkert diskuteres ettersom tilleggsskjemaet fikk en klart lavere svarprosent enn hovedskjemaet til styremedlemmene. Det kan selvsagt være mange grunner til dette. En grunn kan være at respondentene (i dette tilfellet styrelederne) syntes det ble for tidkrevende å fylle ut to separate skjema. En annen grunn kan være at man har vegret seg mot å gi sensitive opplysninger rundt forhold knyttet til selve rekrutteringsprosessen. På en annen side viste besvarelsene på tilleggsskjemaet til styreledere at hele styret bare var involvert i rekrutteringen av direktør i 15 % av tilfellene, og at styreleder var med i samtlige av de undersøkte prosessene. Nyten av å spørre samtlige styremedlemmer om den praktiske utførelsen av direktørrekrutteringen har derfor hatt sine begrensninger, noe som støttet opp under det valg jeg har gjort i forhold til kun å la styrelederne besvare spørsmål angående rekrutteringen. Når det gjelder spørreskjemaet til ansatte direktører var svarprosenten i likhet med skjema til styremedlemmer relativ god. Grunnlaget for å sammenligne styresammensetningen med ansatte direktører er derfor god, på bakgrunn av at svarprosenten hos begge grupper gir et representativt bilde av disse lederne.

Når spørreskjemaer benyttes for datainnsamling, må en alltid ta høyde for at respondentene ikke kan ta like lett stilling til alle spørsmål som stilles. Av og til kan respondentene ha vanskeligheter med å gjøre seg opp en mening om svarene på de spørsmålene som stilles. Dette blir i denne undersøkelsen forsøkt unngått ved å lage uttømmende og gjensidig utelukkende svarkategorier, slik at respondentene ikke blir presset til å svare på noe de ikke står inne for. Et annet aspekt i sammenheng med dette er muligheten for at respondentene svarer strategisk på spørsmålene. Med dette menes at de ikke uttrykker sine meninger ut fra sin posisjon, bakgrunn eller andre forhold, men svarer ut fra hva de tror forventes av dem. Spørsmål som omhandler hendelser tilbake i tid er også problematiske (Mordal 1989:150), fordi fortolkningsrammen kan påvirke respondentenes besvarelser. Hukommelsen er gjerne selektiv slik at erfaringer huskes på en positiv eller negativ måte. Dette medfører at spørsmål vedrørende spesifikke nyanser og detaljer ikke lar seg besvare.

Hvorvidt den metodiske fremgangsmåten som har blitt benyttet i denne studien kan karakteriseres som vellykket eller ikke, kan være vanskelig å si noe om. Dette avhenger av mange faktorer; f. eks. hvem som gjennomfører vurderingen, hvilke kriterier som ligger til grunn for vurderingen og når i prosessen studien blir evaluert. Fra mitt ståsted kan det sies at det å samarbeide med andre forskningsinstitusjoner har både styrket og svekket prosessen. Styrken ved samarbeidet har gått på utformingen av selve spørreskjemaet, reduserte kostnader til selve gjennomføringen av spørreundersøkelsen, samt at tilgangen til et større forskningsnettverk har gitt større muligheter til pretesting. Svakheter med et slikt samarbeid rettes i stor grad mot lengden på spørreskjemaene. For å unngå lange spørreskjema, med større sannsynlighet for lavere svarprosent, har enkelte tiltenkte spørsmål blitt utelatt fra skjemaene. Dette har gjort til at enkelte aspekter som kunne ha vært interessante ut fra min problemstilling ikke inngår i studien.

2.7.10 Oppsummering metode

En kvantitativ tilnærming brukes altså for å belyse studiens problemstilling. Et slikt valg er forebundet med både ulemper og fordeler, men har blitt foretrukket på bakgrunn av et ønske om å få en bred oversikt over styresammensetningen og direktører i helseforetak. På bakgrunn av at svarprosenten på spørreskjemaene er tilfredsstillende på de fleste områder, skal forholdene ligge til rette for å kunne danne seg et representativt bilde av studieobjektene. For å påvise forskjeller mellom styremedlemmer og direktører fra de to ulike foretaksnivåene og mellom de fem regionene, er det benyttet en rekke statistiske teknikker. Disse er nærmere beskrevet i vedlegg (se vedlegg 2). Bortsett fra i kapittel 5, oppgis kun signifikante sammenhenger mellom variablene under presentasjon av tabellene i den empiriske fremstillingen.

3 Kontekst og aktører

Dette kapittelet har som formål å gi et innblikk i hva sykehusreformen med overgang fra forvaltning til foretaksorganisering har si for styringen av norske sykehus. Første del av kapittelet omhandler selve innholdet i sykehusreformen, samt hvilke følger foretaksorganiseringen får for styring og ledelse i helseforetakene. Andre del retter søkelyset mot styrever og direktører som innebefattes av studiens problemstilling. Sett i sammenheng med studiens analysemodell og teoretiske tilnærming, vil kjennetegn ved tidligere sykehusstyrer, debatten rundt ”profesjonelle” foretaksstyrer, og krav som stilles til representasjon i disse styrene bli gjennomgått. I tillegg vil ulike problemoppfatninger rundt tidligere sykehusdirektører beskrives, samtidig med de føringer som etter foretaksorganiseringen legges på foretaksstyrenes valg av direktører.

3.1 Sykehusreformen

Sykehusreformen trådte i kraft 1. januar 2002 og kom som et resultat av et ønske om å effektivisere spesialhelsetjenesten i Norge³. Utover 1990 – tallet ble mange paradokser mer og mer tydelige innen helsesektoren. På tross av en omfattende økning på ressurstilgangen, forverret sykehusenes finansielle situasjon seg dramatisk utover dette tiåret. Utgiftene til sykehusene steg langt mer enn hva som var tilfelle for andre deler av forvaltningen. I tillegg viste ressursbruken mellom sykehusene store forskjeller. Selv om man behandlet stadig flere pasienter og fikk en økning i tilgangen på kvalifisert helsepersonell, forble ventelistene på mange områder lange og mangelen på personell stor. Sommeren 2000 ble det fra Ap regjeringen derfor tatt initiativ til omorganisering av spesialhelsetjenesten, i den hensikt å få ”mer helse ut av hver krone”. Reformen baserte seg på to hovedelementer:

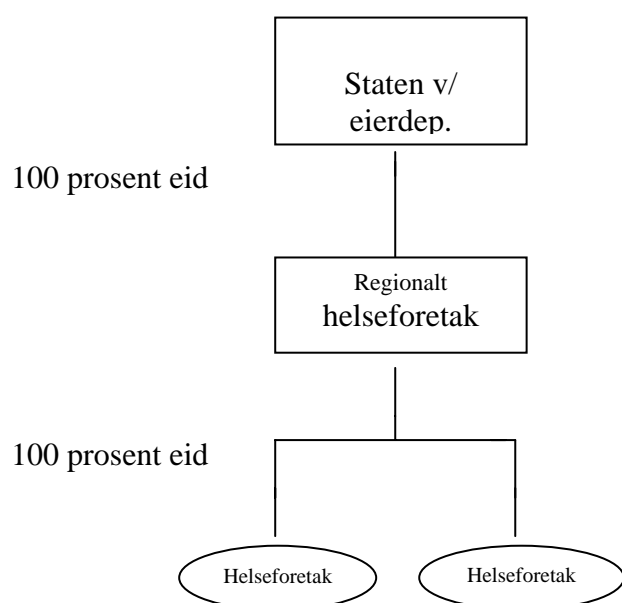
- *At staten overtok eierskapet* til de fylkekommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialhelsetjenesten, samt overføring av hele ansvaret for spesialhelsetjenesten til statlig sektor. Det offentlige eieransvaret ble dermed samlet på statens hånd.
- *At virksomhetene ble organisert i foretak*. Dette innebærer at de ble organisert i egne rettssubjekter og således ikke er en integrert del av den statlige forvaltningen.

³ To utredninger var sentrale i forkant av vedtaket om sykehusreformen. Den ene omhandlet eierskapet til sykehusene (NOU 1996:5 *Hvem skal eie sykehusene?*), mens den andre (NOU 1999:15 *Hvor nært skal det være?*) tok opp bruk av foretakdannelser som tilknytningsform for sykehusene.

Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten og ligger til grunn for styring av foretakene

Reformens hovedtrekk innebærer altså ”å samle” eierskapet for sykehusene fra de 19 tidligere fylkeskommunale eierne hos staten. Selve eierskapet organiseres gjennom en foretaksstruktur, der staten representert ved Helsedepartementet (Nå Helse- og omsorgsdepartementet) sitter som eier for fem regionale helseforetak opprettet på bakgrunn av tidligere etablerte helseregioner. Hver av de fem regionale foretakene har et varierende antall underordnede lokale foretak. Selve foretaksorganiseringen vises i tabell 3.1 nedenfor:

Tabell 3.1 Foretaksorganiseringen



Sykehusreformen fører altså til at sykehusene nå i langt større grad organiseres og styres etter en ”eier - utfører modell”. De opprettede helseforetakene får som følge av dette klart fastlagte roller og ansvar for egen drift, både rettslig og økonomisk

(www.dep.no/shd/sykehusreformen). De regionale helseforetakene er pålagt ansvaret for å sørge for helsetjenester til befolkningen i sitt geografiske område. Både regionale og lokale helseforetak skal ha et eget profesjonelt sammensatt *styre* og en egen *direktør* med sine fullmakter fastsatt i loven. Helseforetakene sin oppgave er å sørge for best mulig drift av egne virksomheter innenfor de helsepolitiske mål og økonomiske rammer eierne og Stortinget har fastsatt. I samspill med departementet skal nasjonale mål og planer for spesialisthelsetjenesten fastlegges (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)).

3.1.1 Sykehusreformen om styring

Endringen av eierskap og overgang til foretaksorganisering vil i første rekke gå ut over de folkevalgtes styring av sykehusene. Statens direkte styringsmuligheter skal nå primært skje gjennom *foretaksmøtet* representert ved statsråden, som tilsvarer generalforsamlingen i andre typer selskaper. Dette gjør til at foretakets *vedtekter* og *styresammensetning* i stor grad er de statlige styringsredskaper ut over de tradisjonelle; budsjett (finansiering), lover og forskrifter, samt uformell styring gjennom samtaler, møter og ”politiske signaler”. De regionale helseforetakene har i prinsippet de samme styringsmidler ovenfor det enkelte lokale helseforetak, som staten har ovenfor de regionale helseforetakene. En viktig forskjell er imidlertid at staten er underlagt politisk styring fra Stortinget, mens de regionale helseforetakene og de underliggende lokale helseforetakene ikke lenger har et *politisk* overordnet organ å forholde seg til. Filosofien går i all hovedsak ut på at eieren, det vil si staten ikke lenger skal drive detaljstyring av sykehusene, men gi helseforetakene reelt ansvar for egen drift.

3.1.2 Sykehusreformen om ledelse

Tanken bak eierskifte og foretaksorganisering er at staten skal klargjøre ansvaret for driften av sykehusene. Ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og gjøre dem til selvstendige rettssubjekter, skal vilkårene legges bedre til rette for at sykehuslederne skal kunne utøve lederskap og ta ansvar for den daglige driften av sykehusene. Erfaringer fra den fylkeskommunale styringsmodellen tilsa at man i større grad måtte presisere og målrette ansvaret for ledelsen i sykehusene (NOU 1997:2). Sykehusreformen skal bidra til å klargjøre ansvarsforholdene, samtidig som man nå i langt større grad enn tidligere kobler myndighet og handlingsfrihet til dette ansvaret. Viktigheten av å legge til rette for forbedringer på dette området kommer frem i Helsedepartementets rapport ”*Sykehusreformen noen eierperspektiv*” fra 2001, der det i klare ordelag blir gitt uttrykk for at ”*sykehusreformen er like mye en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform*”.

Klargjøring av ansvarsforhold og større autonomi hos lederne i sykehusene, er dermed sentrale redskaper i sykehusreformen for å møte stadig mer turbulente og krevende omgivelser. Forvaltningsmodellen viste at sykehusene ofte manglet den nødvendige handlefrihet til å kunne finne fleksible tilpasninger til endrede omgivelser (NOU 1999:15). Her tenkes det spesielt på ny pasientrettighetslov, innsatsstyrt finansiering og lov om

spesialisthelsetjeneste, som har skapt nye utfordringer for den daglige driften av sykehusene⁴. Fra reformens side blir det derfor presisert at det blir stadig viktigere å ha en manøvreringsdyktig sykehusledelse som raskt kan fange opp signaler fra omgivelsene, og foreta nødvendige tilpassninger (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)). Overgangen fra forvaltning til foretaksorganisering legger til rette for et større ledelsesmessig manøvreringsrom enn det som er vanlig i forvaltningen. For å utnytte dette rommet utdypes det fra initiativtakerne bak reformen at man trenger ledere med ”bred forståelse” for hva det innebærer å lede moderne kunnskapsbedrifter som sykehus. Sett i sammenheng med studiens problemstilling, vil det være interessant å kartlegge hvem som ivaretar ”bred forståelse” for slik ledelse i styrene og blant direktører i helseforetak. Samtidig vil det være interessant å se om styrever med bred forståelse på dette feltet, representert ved styremedlemmer med ulik bakgrunn, påvirker rekrutteringen av direktører i ulik retning.

3.2 Styrene og administrerende direktør

Overgangen til foretaksorganisering av sykehusene har lagt nye premisser for valg av styresammensetning i sykehusene. Nå vil jeg kort komme inn på tidligere organisering av sykehusstyrene, samt debatten rundt og kravene som stilles profesjonelle foretaksstyrene. Sentralt ut fra valgte teoretiske tilnærming og analysemodell, vil være hvor tidligere sykehusstyrene rekrutterte styremedlemmer fra, og hvilke krav stilles til utvelgelsen av styreprerentanter etter foretaksorganiseringen. For direktørenes vedkommende, vil fokus rettes mot problemoppfatninger rundt deres rolle og krav som nå skal ivaretas.

3.2.1 Styrets rolle før reformen

Sykehusloven fra 1970 påla sykehusene å ha styrene. Fylkeskommunene hadde som følge av denne loven en betydelig frihet til selv å velge hvordan styrene skulle organiseres, utover selve kravet om eget styre i hvert enkelt sykehus (NOU 1996:5:24; Overå og Bernt 1997:90). Dette medførte at styrene fikk en noe forskjellig karakter i de ulike fylkeskommunene. Den vanligste styremodellen innebar et styre sammensatt av politikere, samt ansatte representanter som utgjorde et mindretall av styremedlemmene. Disse politikerne ble da rekruttert fra

⁴ *Lov om pasientrettigheter nr.63 av 7.feb. 1999* har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter ovenfor helsetjenesten. *Innsatsstyrt finansiering (iSF)* (St. meld. Nr. 44 (1995-1996)) ble innført i 1. juli 1997 og gjør sykehusenes inntektskilde avhengig av faktisk behandlingsaktivitet. Pengestøtten følger i større grad den enkelte pasient i motsetning til hva som var tilfelle tidligere. *Lov om spesialhelsetjeneste nr.61 av 7. feb. 1999* ble vedtatt for å sikre et likeverdig tjeneste- og kvalitetstilbud for pasientene, samt utnytte ressursene i sykehusene bedre og tilpasse tjenestene etter pasientenes behov.

fylkeskommunene (Hagen 1990). For regionssykehusene ble det delvis tatt med representanter fra andre fylker som hørte til den aktuelle regionen. Enkelte steder ble også helse- og sosialutvalgene brukt som sykehusstyrer. De politikerbaserte styrene har opp gjennom årene ofte blitt beskrevet som styrer der den enkelte politiker kjempet med ”nebb og klør” for økte bevilgninger til ”sitt” lokalsykehus (Reve og Grønlie 1993:152). Disse beskrivelsene illustrerer noe av problemoppfatningene rundt denne type styreorganisering. Styret blir ofte et interessehevdende organ for den organisasjonen det er satt til å kontrollere, ikke et styrings- og kontrollorgan for overordnede interesser (Mintzberg 1983; Pfeffer 1982; Scott 1981; Reve 1988). Fordelen som denne styreformen gav i forhold til gode kontaktlinjer mellom sykehusenes toppledelse og eier, ble redusert som følge av at det stadig oppstod uklarheter rundt styret og styremedlemmenes roller (St. meldning nr.24 (1996-1997)). Uklarhetene gikk da ut på hvilke interesser medlemmene av sykehusstyrene skulle ivareta.

I et forsøk på å legge til rette for bedre styring av sykehusene, ble det i noen fylker brukt såkalte ”profesjonelle” styrer. Dette innebar at styrene ikke ble satt sammen på politisk grunnlag, men av personer med høy administrativ eller faglig kompetanse og ledererfaring (Reve og Grønlie 1993:156). Det sentrale bak en slik styreform var at styrene skulle ha tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å ta ansvar. De profesjonelle styrenes oppgave var å utøve overordnet styring av sykehuset i henhold til de resultatkravene og rammene som eier fastsatte ovenfor sykehuset. Formålet med en slik styremodell var å skape et klarere skille mellom styringskrav fra eier, og selve oppfølgingen av disse kravene. Erfaringen ved bruk av denne styreformen viste at det også her oppstod problemer i forhold til styring. Dette kom blant annet frem ved at det oppstod uklarheter i forhold til styrenes rolle i den praktiske styringen, noe som utløste styring fra eiersiden (St. melding nr.24 (1996-1997)). Et annet problem var at overstyring fra overordnede politiske organ vanskeliggjorde tilpassingen av sykehusenes aktivitet til forhåndsvedtatte rammer (Reve og Grønlie 1993:164).

En tredje praksis for organiseringen av sykehusstyrene hadde mer karakter av et driftsstyre. Denne styreorganiseringen var prinsipielt forskjellig fra de politikerbaserte styrene, ved at driftsstyret bare hadde representanter fra sykehusledelsen og de ansatte. Styreformen vektla hensynet til det faglige selvstyre, og mange vil vel mene at dette ikke er et styre i vanlig forstand (Hagen 1990:74). Intensjonen med denne styreformen var imidlertid ikke så forskjellig fra den som fantes i de politiske institusjonsstyrene. Driftsstyret hadde ansvaret for at de overordnede planer og retningslinjer ble fulgt, og at det ble utarbeidet budsjett og

driftsplaner innenfor overordnede retningslinjer. Styrets rolle var primært å understøtte direktør og sykehusledelsen i den daglige driften. Driftsstyrene fungerte mer som en støttefunksjon, samtidig som de strategiske sidene ved styrerollen ble nedtonet.

Sykehusstyrene har uansett styreform av kritikere blitt betegnet som en ”hellig ku”, hevet over en hver kritikk og med få eller ingen kvalitets-, ytelses- eller kompetansekrav til den enkelte styremedlem. Dette gjelder særlig de politikerbaserte styrene som har vært den mest brukte styreform under fylkeskommunalt eierskap. Utvelgelsen av styremedlemmer til disse styrene har blitt kritisert for å ha blitt gjort mer ut fra politiske vurderinger og tilhørighet, enn ut fra faglige krav og behov styrene og sykehusene har hatt. Dette gjelder ikke bare blant politikere, men også i utvelgelsen til styrene fra de fagorganisertes rekke. Resultatet av et slikt rekrutteringsgrunnlag har i enkelte tilfeller, der personlige og politiske bindinger har blitt brukt som rekrutteringsgrunnlag, vært at sykehusstyrene har hatt redusert funksjonsevne (Sjøborg 1998). Dette har blant annet kommet til uttrykk i lokaliseringsspørsmål rundt helsetjenester, der politikeres ”popularitetshensyn” ofte har kommet i første rekke på bekostning av sykehusenes interesser.

De profesjonelle styrene og driftsstyrene hadde et noe annerledes rekrutteringsgrunnlag, med hensikt å prøve ut andre styreformer for å bedre styringsvilkårene i sykehusene. Hvorvidt dette gav ulike styresammensetninger i de tre modellene sier forskningen på dette feltet lite om. Utover at politisk tilhørighet i politisk sammensatte styrer, kjennskap til ledelse i ”profesjonelle” styrer og faglig tilhørighet i driftsstyrer, har blitt brukt som rekrutteringsgrunnlag, vet man lite om andre egenskaper ved de som har sittet i sykehusstyrene. Det at fylkeskommunene utenom likestillingsbestemmelser (Lov 9. juni 1978 nr.45 §21) hadde stor frihet til selv å bestemme egenskaper ved styrene, kunne åpne for variasjoner i styresammensetningen ved ulike sykehus. I de ”profesjonelle” foretaksstyrene, ble det lagt opp til strengere kriterier for utvelgelse av styremedlemmer. Tanken var at man nå i langt større grad enn tidligere skulle fokusere på å rekruttere styremedlemmenes med formell lederkompetanse, ikke ut fra tilhørighet til politiske posisjoner eller bestemte interessegrupperinger. En slik endring i representasjonsmønster for styrene skapte umiddelbart reaksjoner blant politikere og andre involverte aktører.

3.2.2 Debatten rundt opprettelse og utvelgelse av profesjonelle foretaksstyrer

Da sykehusreformen ble lagt ut på høring 18. januar 2001 ble fokus umiddelbart rettet mot styrene etter den foreslåtte foretaksmodellen. Forslaget om at styrene ikke lenger skulle være politisk valgte, men utpekte etter ”profesjonelle” kvalifikasjoner, ble møtt med stor skepsis fra SP, KrF og SV, samt enkelte aktører innen helsesektoren⁵. Skepsisen ble spesielt rettet mot følgene foretaksorganiseringen ville gi for folkevalgte og helseprofesjoners muligheter til å få innpass i de nye foretaksstyrene. Ved å sette folkevalgte på ”sidelinjen” under viktige beslutninger i sykehusene, mente overnevnte politiske partier at man ville få en ”avdemokratisering” som kunne få uante følger for driften av offentlige sykehus i fremtiden. En slik avdemokratisering ville kunne representere et regimeskifte innen spesialhelsetjenesten, der pasientens interesser som uegennyttig målsetting gjennom politisk forvaltningsstyre, nå ville forskyves til et bedriftsøkonomisk markedsstyre der pasienten og pasientens interesser blir et middel for økonomisk inntjening. Samtidig ville en mulig utelukkelse av helsefaglig ekspertise kunne medføre at de helsefaglige aspektene rundt viktige avgjørelser ikke ville bli tatt like stort hensyn til som tidligere.

Ordrbruken i høringsnotatet som betegnet foretaksstyrene som sykehusenes ”konsernledelse” (Høringsnotat av 18.01.2001:23), gav økte bekymringer for at styrene nå ville få et bredt innsalg av personer med økonomisk bakgrunn. Dette medførte blant annet at NKF og de fleste andre helseforbundene gikk i mot opprettingen av profesjonelle styrer som en direkte følge av frykten for ”blåruss - dominans” i ledelsen for foretakene. Fra politisk hold sluttet også sentrumspartiene og SV seg til et slikt syn. Deres motstand mot foretaksorganisering ble blant annet begrunnet med frykt for økt innflytelse og utvidede fullmakter for økonomer i den daglige ledelsen av sykehusene. Det at helseminister Tore Tønne også nektet å komme med konkrete kommentarer rundt styresammensetningene utover at de ville være ”dyktige menn og kvinner” (Nyhetsbrev fra NKF's omstillingsenhet nr,3/2001), gav i tillegg økt grobunn til frykten om at økonomer og næringslivstopper nå ville ta over ledelsen av sykehusene.

⁵ Av andre aktører som rettet kraftig kritikk mot profesjonaliserte foretaksstyrer var ”De 10 motmeldingslegene” sentrale (Motmelding 2 av 28. april 2001). Disse stilte seg svært kritisk til at folkevalgte og personer med helseprofesjonsbakgrunn ikke ble sikret representasjon i foretaksstyrene. De mente at sykehusene som følge av dette tok et stort skritt i retning bort fra offentlig kontroll, noe som på sikt ville kunne få store konsekvenser for den offentlige spesialhelsetjenesten.

3.2.3 Styrets rolle og krav til sammensetning etter foretaksorganiseringen

Lov om helseforetak gir foretaksstyrene en sentral rolle i styringen av spesialhelsetjenesten. De sitter med det overordnede ansvaret for at politiske målsettinger ivaretas i det enkelte helseforetak, og at tilhørende virksomheter drives på en forsvarlig måte innen de rammevilkår som til en hver tid foreligger. For styrene i de regionale helseforetakene vil det si hele spesialhelsetjenesten i regionens respektive geografiske område. I de lokale helseforetakene skal målsettinger og de helsetjenester foretaket skal yte, være nedfelt i vedtektene for helseforetaket. *Lov om helseforetak* gir styrene oppgaven med å forvalte foretakene på vegne av eier, det vil si staten representert ved Helsedepartementet i de regionale helseforetakene, og staten ved de regionale foretakene i de lokale foretakene. I tillegg skal styrene ansette og føre oppsyn med foretakets direktør. Hvert enkelt styre skal da sette instruks for direktørens stillingsbetingelser, deriblant lønnsvilkår. Utover dette skal styret være foretakets ”ansikt utad” i alle saker som ikke inngår i direktørens arbeidsfelt.

Foretaksloven gir ikke rom for partssammensatte sykehusstyrene, og stiller klare krav til hvordan foretaksstyrene skal settes sammen. Utvelgelsen av styremedlemmer på regionalt nivå blir som følge av foretakorganiseringen gjort av eierdepartementet. Styrerepresentantene i de regionale styrene skal deretter stå for utvelgelsen av styremedlemmer i de underliggende lokale foretakene. Et sentralt krav til denne utvelgelsen er at styrene skal settes sammen på en slik måte at de har legitimitet i befolkningen. Det er derfor eiers oppgave å velge styrene på en slik måte at de får tillit fra det brede spekter av interesser innefor spesialhelsetjenesten og samarbeidende etater og enheter. Videre stilles det nå helt andre krav til selve sammensetningen av styrene enn hva de gjorde tidligere. I henhold til foretaksloven skal styrene nå være et kollegialt organ (Ot.prp.nr.66 (2000-2001): pkt 4.9.3), som bortsett fra ansatte representanter, velges av eier på ulike nivå. Dette betyr at styremedlemmene ikke lenger skal kunne representere bestemte grupper eller interesser, men være ”profesjonelle” bidragsytere uten noen form for bindinger til eksterne aktører. Det foreligger dermed ikke lenger krav om representasjon fra folkevalgte eller helsefaglig ekspertise i styrene. Begrunnelsen for hvorfor en har valgt en slik løsning, er at det vil være praktisk uhandterbart å la alle interesser og grupper bli representert i foretaksstyrene. Å veie ulike interesser opp mot hverandre ville være svært vanskelig, og dessuten stride mot ideen om et kollegialt organ som styrene nå skal basere seg på. Det vil likevel være åpent for å utpeke aktive politikere til

styrene. Styredeltakelsen deres skal da i motsetning til tidligere ikke være knyttet til en politisk posisjon.

Et annet viktig krav til foretaksstyrene er at de skal ha lokal forankring (Helseforetaksloven 2001 § 21). Hensikten bak et slikt krav er både å styrke styrenes regionale og lokale kompetanse, og å gi foretakene legitimitet i befolkningen. Dette gjelder spesielt for de regionale styrene, men også for lokale styrer der foretaket utgjør et ”typisk” lokalsjukehus (Ot.prp.nr 66 (2000-2001): pkt 4.9.3). I henhold til *Likestillingslovens* §21 stilles det i tillegg krav til at kvinneandelen i foretaksstyrene skal være på minimum 40%. Når det gjelder antall representanter i styrene kan antallet variere mellom fem og syv etter foretakets størrelse og karakter. I foretak med flere enn 200 ansatte kan det velges inntil tre representanter fra de ansatte. Der tre representanter velges fra de ansatte, skal det være minimum syv medlemmer i styret. Dette kommer av at en skal sikre at eier utnevner flertallet av styrerepresentantene. Videre er funksjonstiden for styremedlemmene to år. Fratredelse innenfor dette tidsrom kan skje om særlige grunner foreligger. På den andre siden kan foretaksmøtet avsette hele eller deler av styret. Dette gjøres når eier ikke lenger har tillit til styret. Styremedlemmene på sin side tillegges ansvar for drift av foretaket. Dersom de mener at rammevilkårene som eier setter er utilstrekkelige til å ivareta det oppdraget de er gitt, har de anledning til å fratre før tjenestetiden er over.

3.2.4 Rekrutteringsprosessen til regionale styrer

Da *Lov om helseforetak* ble vedtatt i Stortinget 6. juni 2001 startet umiddelbart arbeidet med å sette sammen de regionale foretaksstyrene. Helsedepartementet åpnet i denne prosessen for innspill angående aktuelle kandidater fra de tidligere fylkeskommunale eierne av sykehus. I denne sammenheng uttalte den erfarne helsepolitikeren Hans Otto Robbestand at et godt sammensatt styre ”*bør inkludere fylkespolitikere med erfaring fra helsepolitikk*”. Dette ble begrunnet med at styrene burde ivareta en viss innsikt i politiske beslutningsprosesser. Samtidig advarte han mot en ”*pendelsvingning*” der politikere som tidligere styrte mer en som godt var, nå ville få delta i stadig mindre grad (BT 25.11.2001). Utover fylkeskommunenes formelle påvirkningskanal, jobbet også Legeforeningen aktivt med å fremme ”egne” kandidater til styrene. Fra deres ståsted ble det presisert at helsefaglig innsikt burde ha en sentral plass i de profesjonelle styrene. Internt i Helsedepartementet gav helseminister Tore Tønne uttrykk for at han var ”*veldig opptatt av totaliteten i sammensetningen av styrene. Det vil si at man bevisst ikke ønsket å sette sammen styrene med*

kloninger av hverandre". Samtidig la han klare føringer på at man *"ønsket en god del personer med operativ ledererfaring fra det å lede større virksomheter offentlig og privat"* (intervju Flatø).

Nøyaktig en måned etter sykehusreformen ble vedtatt, presenterte helseminister Tore Tønne de regionale foretaksstyrene (Pressemelding Helsedepartementet 06.07.2001). Det ble fra Tønnes side presisert at man i utvelgelsen av styremedlemmer hadde lagt vekt på erfaringsbasert kunnskap innen helse, samfunnsliv, organisasjoner og ledelse. Selve rekrutteringen av styremedlemmene ble i et intervju med tidligere statssekretær i SHD Lars Erik Flatø beskrevet som en *"veldig departementintern jobb"*. En slik beskrivelse samsvarer godt med de karakteristikker som ble gitt i pressen i etterkant, der det ble hevdet at mange ble bedt om å komme med innspill til styremedlemmer, mens ingen i realiteten ble hørt. Her kom det også frem at samtlige styremedlemmer var Tønnes eget førstevalg, noe som var ensbetydende med at helseministeren rakk å sette et ettertrykkelig *"bumerke"* på reformen før han gikk av etter stortingsvalget høsten 2001 (Aftenposten 20.11.01). Dette som en følge av at disse personene nå hadde nok så frie tøyler til å sette sammen styrene i underliggende lokale helseforetak, kun regulert av tidligere nevnte paragrafer i Helseforetaksloven og Likestillingsloven.

3.2.5 Problemoppfatninger rundt sykehusdirektørens rolle før reformen

Sykehusene opplevde under fylkeskommunalt eierskap et hyppig skifte av direktører. Dette kom av at mange valgte å slutte i jobben eller ved at de ble bedt om å gå fra sin stilling. De negative assosiasjonene som dette førte med seg, resulterte i at sykehusene fikk stadig større problemer med å finne godt kvalifiserte ledere med solid erfaring fra andre større private og offentlige virksomheter. Problemer knyttet til sykehusdirektørrollen har vært av ulik art. En utfordring har vært spenningen mellom den faglig – medisinske virksomhet og den overordnede ledelse (SHD rapport 2001). Denne spenningen har blitt sett på som et uttrykk for at ledere i sykehus har et legitimitets- og autoritetsproblem i forhold til fagmiljøene de er satt til å lede. Dette har ført til at sykehusdirektørene har hatt vanskelige arbeidsforhold, særlig ettersom fagmiljøene ofte har hatt vanskelig for å ta medansvar og se helheten i det å lede sykehusene. Ledelsen med direktøren i spissen har i denne sammenheng gjerne blitt sett på som en *"motpart"* i forhold til dem man er satt til å lede. Direktørrollen ble innad i sykehusene gjerne oppfattet som den ansvarlige for å skaffe mer penger til driften, uten å skulle blande seg for mye inn i organiseringen av selve virksomheten (intervju Haugland). En

kulturkløft mellom ledelse og fagmiljøene preget av mangel på felles språk, referanser, virkelighetsoppfatninger og mål, har problematisert sykehusdirektørens hverdag (NOU 1997:2).

Et annet problem har vært dårlig samsvar mellom direktørens lederansvar og gitte rammebetingelser og beslutningsmyndighet. Forholdet til overordnet administrativ og politisk ledelse har ofte vært uklart (Hagen 1990). Mange direktører opplevde den politiske detaljstyringen som belastende i forhold til å kunne få kontinuitet i ledelsen av sykehuset de var satt til å lede. En tidligere direktør ved Ullevål sykehus beskrev dette problemet ved å si at *”det er ikke spørsmål om politikerne vil ringe meg i dag, det er spørsmål om hvor mange ganger det kommer til å skje”* (Intervju Haugland). Direktørene oppfattet ofte politikernes intervensjoner som en stadig søken etter popularitet, der nødvendige upopulære beslutninger og vedtak ble satt til side. Dette gjorde sykehusdirektørstillingen mindre attraktiv. Særlig siden det fra politikernes side i politikerstyrte sykehusstyrer ofte var fristende å karakterisere dårlig økonomisk styring og kontroll, som et resultat av sykehusdirektørens *”manglende lederegenskaper”* (Sjøborg 1998).

3.2.6 Føringer på valg av direktør som følge av sykehusreformen

Sykehusreformen skal som nevnt gjennom foretaksorganiseringen gi større autonomi og klarere ansvarsforhold til lederne i sykehusene. Dette skal legge til rette for å bedre arbeidsvilkårene for sykehusdirektører i fremtiden, og gjøre direktørstillingen attraktiv for personer med erfaring fra krevende topplederstillinger i ulike virksomheter. Vurderingene styrene gjør i forhold til valg av egen direktør reguleres av Spesialhelsetjenesteloven § 3–9. Her gis det uttrykk for at valg av ledere skal gjøres *”på bakgrunn av innholdet i den enkelte lederstilling og virksomhetens art”*. Utover et slikt krav står man under rekrutteringen *”fritt til å vurdere hvilke kvalifikasjoner de mener er nødvendig eller ønskelig hos ledere”*. Styrene har dermed vide fullmakter til selv velge hvilke kvalifikasjoner direktør i eget foretak skal besitte. Dette forsterkes også ved at styrene etter foretaksorganiseringen har ansvaret for å sette instruksjoner og retningslinjer for hva direktørstillingen i det enkelte foretak skal inneholde. Herunder gjelder også rammene i direktørs lønnsbetingelser.

Selv om det er lagt opp til stor frihet rundt valg egenskaper ved direktører, er det likevel lagt noen føringer i forhold til ønskede kvalifikasjoner og hvordan stillingen utlyses. I NOU 1997:2 *”Pasienten først”* påpekes det at det vil være relevant å stille krav til lederkompetanse

hos aktuelle kandidater til topplederstillinger i sykehus. Dette vil da gjøre seg gjeldende for valg av direktører i helseforetak. I tillegg skal lederstillinger annonseres profesjonsnøytralt for ikke utelukke bestemte grupperinger fra å kunne søke på lederstillinger i sykehus (Ot.prp.nr.10 (1998-1999)). Slik annonseringspraksis har til hensikt å gi rom for større mangfold blant ledere i sykehusene. Fra Helsedepartementets side har ønsket om større mangfold blant ledere klart kommet uttrykk i et rundskriv om ledelse i sykehus (Rundskriv I – 9/2002). Her presiseres det at ”*Det ikke er gitt at lederstillinger i sykehus skal besettes av leger*”. Direktørene i helseforetak skal dermed etter eierdepartementets intensjoner kunne velges fra et bredt spekter av profesjoner, uten at bestemte profesjoner favoriseres under sonderingen av aktuelle kandidater.

Føringene styrene ilegges under utvelgelsen av egen direktør, åpner for ansettelse av personer med forskjellig bakgrunn i de ulike foretakene. Paul Hellandsvik uttalte som styreleder i Helse Midt at direktøren burde være en ”*krysning mellom John Wayne og Mor Theresa*” (Visitten nr.3 2001 Namdal sykehus). Ironisk nok ble han kort tid etter selv ansatt som administrerende direktør i Helse – Midt. Mer konkrete krav til direktører kommer frem av de standardiserte stillingsannonsene som ble benyttet under letingen etter kvalifisert kandidater i de fem regionale helseforetakene (Se vedlegg 2). Her ble evne til strategisk ledelse, erfaring fra utvikling av komplekse organisasjoner og evne til relasjonsbygging og kommunikasjon innad i sektoren og utad til offentligheten fremhevet som viktig hos kandidater til direktørstillingene. Kravene som her ble utledet er av en generell karakter og sikter til sykehusreformens overordnede målsettinger for ledere og ledelse i sykehusene. Dette åpner for at personer med forskjellig type bakgrunn kan ha tiltrådt i direktørstillingene. Hvorvidt dette stemmer overens med det faktiske rekrutteringsmønsteret for direktører i regionale og lokale helseforetak, utgjør en viktig del av hva studiens problemstilling ønsker å belyse.

3.3 Oppsummering

Sykehusreformen har med innføring av foretaksorganisering skapt nye rammer for organiseringen av offentlige sykehus. Fem regionale helseforetak med tilhørende lokale helseforetak skal nå levere tjenestene som er underlagt den offentlige helsetjenesten. Deres oppgaver og ansvar er nedfelt i egen særlov (Helseforetaksloven av 15. juni 2001 nr.93), som har til hensikt å klargjøre ansvarsforholdene for styring og ledelse i sykehusene. Ved å legge til rette for økt fristilling gjennom å gi foretakene større autonomi i den daglige driften av foretaket, skal man nå skape rom for bedre ressursutnyttelse og ledelse i spesialhelsetjenesten.

For at dette skal la seg gjøre, fremheves viktigheten av å rekruttere dyktige ledere til foretakene for å ivareta sykehusreformens intensjoner og møte fremtidige utfordringer innen helsesektoren. I samband med dette har man nå gått bort fra partsammensatte sykehusstyrer og over til ”profesjonelle” foretaksstyrer med et annerledes representasjonsgrunnlag enn tidligere. De nye styrene skal ikke på noen måte ”gjenspeile” et folkevalgt organ, men velges ut fra det enkelte foretaks kompetanse behov. Et slikt rekrutteringsgrunnlag har skapt stor usikkerhet rundt hvem som har latt seg representere i foretaksstyrene.

Foretaksstyrene skal på bakgrunn av sin ”profesjonelle” kompetanse rekruttere direktører til sine respektive foretak. Deres antatte brede kompetanse fra ulike typer virksomhet, skal danne grunnlaget for valg av godt kvalifiserte direktører til helseforetakene. I denne prosessen er det fra eiers side lagt særlig vekt på fokusere på formell ledelseskompetanse hos aktuelle kandidater. I tillegg legges det til rette for nye ledertyper i sykehusene.

4 ”Hvem sitter i styrene for helseforetakene”

I dette kapittelet vil styresammensetningen i de fem regionale og de tretti lokale helseforetakene presentert på bakgrunn av variablene som ble presentert i kapittel 2. Utvalgte variabler for styresammensetning blir presentert i fire ulike kategorier som alle berører sentrale sider ved foretaksstyrene. Den første kategorien *sosial bakgrunn* omhandler demografiske trekk som kjønn, alder, lokal forankring og utdanning. Det vil her være av særlig interesse å avdekke om krav til kjønnskvoltering og lokal forankring er ivaretatt i foretaksstyrene. Det vil også være interessant å se om økonomer har fått en dominerende rolle i styrene. Den andre kategorien *sektortilknytting* omhandler styremedlemmenes daglige virksomhetstilknytting, og erfaring fra helsesektoren. Sentrale spørsmål i forhold til slik tilknytting, vil være om man har lyktes i å hente kompetanse fra privat virksomhet, og i hvilket omfang man har hentet representanter med bakgrunn fra helsesektoren til styrene. Den tredje kategorien *profesjonalitet* kartlegger styremedlemmenes stillingsnivå og styrekompetanse. Et relevant spørsmål her vil være om den ønskede formelle ledelseskompetansen fra ledelse og styrer er ivaretatt i foretaksstyrene. Den fjerde kategorien *politisk – og organisasjonsmessig aktivitet* ser på styremedlemmenes tilknytting til interesseorganisasjoner og politikk. Her vil det være naturlig å stille spørsmål om politikere nå er ute av foretaksstyrene, og hvorvidt personer med bakgrunn fra interesseorganisasjoner har fått innpass i styrene.

4.1 Styremedlemmenes sosiale bakgrunn

Foretaksstyrene som skal overholde gjeldende regler for likestilling i offentlige styrer, samt rekruttere personer med lokal forankring til foretaket de er med på å lede. De skal etter intensjonene også representere et bredt spekter av profesjoner. For å kartlegge denne type sosiale bakgrunnstrekk brukes følgende avhengige variabler: *Kjønn, Alder, Lokal forankring og Høyeste fullførte utdanning*. Lokal forankring er i denne sammenheng et mål på om den enkelte styrerepresentant har folkeregistret bostedsadresse i sitt respektive helseforetaks virkeområde.

4.1.1 Forventinger ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv vil jeg ha forventinger om at balansen mellom menn og kvinner tilfredsstillende gjeldende regler for fordeling mellom kjønn i offentlige styrer. Siden all statlig virksomhet er pålagt minst 40 % representasjon av begge kjønn i sine

operative styrever, forventer jeg at kravet er oppfylt i alle foretaksstyrene. Når det gjelder lokal forankring forventes det at foretakene har vektlagt en slik egenskap i henhold til helseforetakslovens bestemmelser (Helseforetaksloven 2001 §21), som sier at regionale representanter skal ha slik tilknytning, og at lokale representanter også bør ha denne type forankring. Styrerepresentantenes utdanningsmønster forventes å gjenspeile et bredt kompetansegrunnlag i samsvar med uttalte målsettinger for styresammensetningen. Når det gjelder forskjeller mellom foretaksnivåene og de fem regionene, forventer jeg kun moderat variasjon innenfor pålagte vedtekter i forhold til kjønn og lokal forankring. For utdanning derimot, åpner jeg her for at ulikeheter kan forekomme som følge av at regionale foretak står fritt til å velge styresammensetningene i underliggende lokale foretak.

4.1.2 Forventninger ut fra et institusjonelt perspektiv

Fra et institusjonelt ståsted vil jeg forvente enn viss overvekt av menn i styrene, siden de tradisjonelt har utgjort majoriteten av representantene. Jeg forventer også at alderssammensetningen er gjennomgående høy. Krav til lang erfaring vil her kunne gi utslag i høy alder hos majoriteten av styrerepresentantene. Lokal forankringen forventes også å være klart til stede. Siden tidligere sykehusstyrer hovedsakelig rekrutterte fra lokal politiske – og helserelaterte institusjoner, vil det også i dette perspektivet være naturlig å rekruttere fra foretakenes eget nærmiljø. Styremedlemmenes utdanning forventes å gjenspeile tidligere konstellasjoner, der medisinerer hadde en sentral rolle. Helsefaglig utdanningsbakgrunn vil her kunne utgjøre en vesentlig del av det helhetlige utdanningsmønsteret. Når det gjelder variasjoner mellom foretaksnivåene og de ulike regionene, vil jeg her åpne for forskjeller i forhold til kjønn, alder, lokal forankring og utdanning. I tillegg kan tidligere ulik fylkeskommunal praksis for organisering av sykehusstyrene, åpne for forskjeller i styremedlemmenes sosiale bakgrunnsmonster i de fem regionene. Omstillingene sykehusstyrene nå har stått ovenfor, kan i varierende grad ha blitt iverksatt i ulike deler av organisasjonen.

4.1.2 Trekk ved styremedlemmenes sosiale bakgrunn

Av tabell 4.1 ser vi at helseforetakene har rekruttert enn viss overvekt av menn til styrene. Det samlede gjennomsnittet viser at 59 % av representantene er menn og 41 % er kvinner. Ser vi

Tabell 4.1: Styremedlemmer fordelt prosentvis etter kjønn

Kjønnsfordeling	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet region/ lokal	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Mann	57	59	52	59	53	59
Kvinne	43	41	48	41	47	41
(N)= 100%	(35)	(22)	(172)	(105)	(207)	(127)
Kjønnsfordeling	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	
Mann	66	59	61	50	57	
Kvinne	34	41	39	50	43	
(N)=100%	(32)	(34)	(18)	(22)	(21)	

denne fordelingen opp mot den gjennomsnittlige kvinnerepresentasjonen i statlige styrer på 46 % (anno 2003), er altså representasjonen for kvinner i helseforetak noe lavere. Likevel ligger fordelingen mellom kjønnene innenfor gjeldende lovvedtekter (Likestillingsloven 1978), og de rammer som har blitt presentert i et senere lovforslag (Ot. prp. nr 97 (2002-2003)), der det foreligger krav om minimum 40 % representasjon av begge kjønn i alle offentlige og privat eide allmennaksjeselskap. Videre er det ikke signifikante forskjeller mellom de to foretaksnivåene i forhold til fordelingen mellom kjønnene. Den samme tendensen finner vi også i forholdet mellom regionene, som på tross av forskjeller vist i tabellen ikke gir signifikante utslag.

Tabell 4.2: Styremedlemmer fordelt prosentvis etter alder

Alder	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet region/ lokal	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
-39 år	9	0	11	5	11	4
40 - 49 år	31	23	35	23	34	23
50- 59 år	29	27	41	52	39	48
60 år -	31	50	13	20	16	25
(N)= 100%	(35)	(22)	(172)	(105)	(207)	(127)
"- Ansatte" – Foretaksnivå					Signifikans: ,03	
Alder	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	
-39 år	6	3	6	0	5	
40 –49 år	13	24	17	27	38	
50 – 59 år	59	47	44	50	33	
60 – år	22	27	33	23	24	
(N)=100%	(32)	(34)	(18)	(22)	(21)	

Tabell 4.2 viser at de to høyeste alderskategoriene er godt representert blant styremedlemmene. Hele 73 % av representantene er over 50 år, noe som betyr at flertallet av styremedlemmene sannsynligvis har lange yrkeskarrierer bak seg før de ble rekruttert til helseforetakene. Om vi ser på forholdet mellom regionalt og lokalt foretaksnivå kommer det frem signifikante forskjeller. På regionalt nivå er halvparten av representantene 60 år eller eldre. Dette viser at styremedlemmene på dette nivået er noe eldre enn sine kollegaer på lokalt nivå, der majoriteten er mellom 50 og 60 år. Slike signifikante forskjeller finnes ikke mellom regionene, selv om Helse Nord ser ut til å ha klart flest representanter under 50 år i sine styrer.

Tabell 4.3 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter lokal forankring

Lokal forankring	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet region/ lokal	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Lokal tilhørighet	94	91	93	91	93	91
Ikke lokal tilhørighet	6	9	7	9	7	9
(N)= 100%	(35)	(22)	(172)	(105)	(207)	(127)
Lokal forankring	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	
Ja	78	85	100	100	100	
Nei	22	15	0	0	0	
(N)=100%	(32)	(34)	(18)	(22)	(21)	
Helse Sør & Helse Øst – Helse Vest, Helse Midt & Helse Nord					Signifikans: ,00	

Tabell 4.3 viser at det store flertallet av styrerepresentantene har lokal tilknytting til sine respektive foretak. En slik egenskap har altså blitt ilagt stor vekt under rekrutteringen av representanter til styrene. Den sterke vektleggingen av lokal forankring må sees i sammenheng med Helseforetaksloven §21, der det stilles krav til lokal forankring hos representantene i styrene. Dette gjelder spesielt regionalt nivå der spesifikke krav foreligger, men også i stor grad på lokalt foretaknivå i form av klare føringer i lovteksten. Det foreligger ikke signifikante forskjeller mellom foretaknivåene, selv om det gjennom §21 stilles noe strengere krav til denne type tilknytting på regionalt foretaksnivå.

Vektleggingen av lokal forankring er noe ulik i de fem regionene. Fordelingen viser signifikante forskjeller mellom Helse Sør og Helse Øst på den ene siden, og Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord på den andre. De to førstnevnte har åpnet for rekruttering utenfor regionens eget virkeområde, noe som ikke har vært praksis i de tre andre. I denne sammenheng er det viktig å presisere at Rikshospitalet (Oslo) ligger i Helse Sør, noe som kan være med på å forklare hvorfor nettopp denne regionen har lavest andel personer med lokal forankring.

Tabell 4.4 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter utdanning

Høyeste fullførte utdanning	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Medisin	31	27	22	14	24	16
Andre helse- og sosialfag	23	14	28	9	27	10
Økonomi	11	18	14	24	14	23
Samfunnsvitenskap	6	5	6	10	6	9
Jus	3	5	4	7	4	7
Humaniora	9	14	7	12	7	12
Naturvitenskap og teknikk	6	9	10	14	9	13
Annet	12	9	8	11	8	11
(N)= 100%	(35)	(22)	(167)	(101)	(202)	(123)

Styremedlemmenes utdanningsmønster vises i tabell 4.4. Målsettingen om å rekruttere personer med bredt et erfaringsgrunnlag ser ut til å ha blitt oppnådd, i og med at fordelingen viser en forholdsvis stor spredning mellom de ulike utdanningskategoriene. Foretaksstyrene skal i henhold til sykehusreformen ikke ha noen form for partssammensetning, og som fordelingen viser dominerer ingen enkeltprofesjon ut fra de samlede verdiene. Den største utdanningsgruppen er økonomer, med 23 % av alle styrerepresentantene. I forkant av utvelgelsen til styrene ble det fra enkelte hold uttrykt bekymring for at såkalte "Blåruss – styrer" dominert av økonomer, ville prege ledelsen av helseforetakene (NKF nyhetsbrev nr.3/01; Motmelding 2 av 28 april 2001). Hvorvidt disse bekymringene er berettiget ut fra den påviste andelen økonomer i styrene vil det sikkert være delte meninger om. Den nest største gruppen er medisinerer. Fordelingen viser at disse nå ikke har en særlig dominerende rolle i styrene. Selv om de var aktive under debatten rundt styrene i forkant av rekrutteringen (Tidskrift DNL nr.121 2001), har foretaksorganiseringen sannsynligvis svekket deres innflytelse i styrene for sykehusene sammenlignet med hva den var tidligere. Videre er det også verdt å merke seg at personer med annen helsefaglig bakgrunn har mindre innpass i styrene enn naturvitere og humanister, og at jurister er den minste av de målte grupperingene. Om man slår sammen medisinerer og personer med annen helsefaglig bakgrunn får vi en samlet andel på 26 %.

Vi finner ingen signifikante forskjeller mellom foretaknivåene i forhold til utdanningsmønster. Likevel ser vi en tendens til at regionale styremedlemmer er noe mer representert blant helsefaglig utdanning enn sine kollegaer på lokalt foretaksnivå. I tillegg er det færre økonomer og samfunnsvitere på regionalt nivå. I tabell 4.5 nedenfor finnes heller ikke signifikante forskjeller mellom regionene, men at enkelte tendenser kan være interessante. Helse Vest har ingen med utdanningsbakgrunn fra samfunnsvitenskap, jus eller humaniora. I Helse Nord derimot, har over halvparten av representantene sin høyeste utdanning innenfor en av disse profesjonene.

Tabell 4.5 Styremedlemmers utdanning fordelt prosentvis etter regionstilhørighet

Høyeste fullførte utdanning	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord
Medisin	16	13	22	18	14
Andre helse- og sosialfag	7	10	17	14	5
Økonomi	29	19	17	23	24
Samfunnsvitenskap	23	13	0	24	23
Jus	0	7	0	9	19
Humaniora	10	10	0	18	24
Naturvitenskap og teknikk	7	19	33	0	10
Annet	10	10	11	18	5
(N)= 100%	(31)	(31)	(18)	(22)	(21)

4.1.3 Sosial bakgrunn tolket i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Balansen mellom styremedlemmenes kjønn viste at man klart har tatt hensyn til gjeldende regler for kjønnsrepresentasjon i styrer innenfor offentlig virksomhet. Minimumskvoteringen for kjønn er ivaretatt i foretaksstyrene. Som nevnt tidligere har regjeringen som ble innsatt kort tid etter iverksettelsen av sykehusreformen gått aktivt ut og oppfordret til større likhet mellom kjønn i norske styrer (Ot.prp.nr.97 (2002 –2003)). Fordelingen viste at foretaksstyrene oppfyller både nye og gamle krav til likestilling mellom kjønn, noe som tyder

på at de som har hatt ansvaret for rekrutteringen av styremedlemmer har vært bevisst i forhold til en slik problemstilling. Et slikt funn samsvarer godt med hva jeg forventet ut fra dette perspektivet, siden kravene til likestilling samsvarer med den faktiske sammensetningen i styrene. Dette gjelder også i forhold til det faktum at nesten samtlige styremedlemmer har lokal forankring. De som har stått for rekrutteringen har fulgt helseforetakslovens bestemmelser, og lagt stor vekt på å nå målsettingen om å ivareta kunnskap om lokale forhold i de nye profesjonelle foretaksstyrene.

Det brede utdanningsmønsteret som kommer frem av styresammensetning vil i dette perspektivet klart kunne sees i sammenheng med den politiske ledelses ønske om et vidtrekkende kompetansegrunnlag i styrene. Fokuset sykehusreformen legger på innovativ ledelse i sykehusene, ved å legge til rette for representasjon av nye grupperinger i foretaksstyrene, ser ut til å ha blitt innfridd i de profesjonelle foretaksstyrene ettersom mange forskjellige profesjoner er representert. I de fylkeskommunale sykehusstyrene hadde medisinere innpass i sykehusstyrene, noe funnene i denne studien viser at de har fremdeles. Dette tyder på at deres spesialkunnskaper fortsatt blir sett på som viktige for å utøve god ledelse i sykehusene. Det at økonomer utgjør en større andel enn nevnte medisinere, vil ut fra dette perspektivet kunne sees som en konsekvens av at styrene ”profesjonaliseres”. Sykehusreformen gir i klare ordelag uttrykk for at det i større grad en tidligere skal rettes fokus mot rasjonell økonomisk styring (SHD rapport 2001; Ot.prp.nr.66 (2000-2001):12). En naturlig konsekvens av dette vil derfor være gi ekspertise på dette feltet stort innpass i foretaksstyrene, og slik legge til rette for å nå målsettingen om bedre økonomistyring i en sektor som de siste årene har blitt preget av store underskudd og statlige ekstrabevilgninger.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Det rasjonelt – instrumentelle perspektiv har som nevnt en todelt forklaringskraft når det gjelder forholdet mellom foretaksnivåene. Styrene på begge nivå blir stilt ovenfor krav i forhold til kjønnskvoltering og lokal forankring. Slike krav er blitt tatt hensyn til på både regionalt og lokalt nivå, i tråd med hva jeg her ville forventet. Til styremedlemmenes utdanningsbakgrunn stilles imidlertid ikke klare krav utenom variasjon innen det enkelte foretaksstyret. Dette stemmer overens med mine utledede forventinger innefor dette perspektivet på begge foretaksnivå, og er klart i samsvar med de politiske målsettingene om variert profesjonsbakgrunn blant styremedlemmer i det enkelte styre.

Forholdet mellom regionene

Ut fra dette perspektivet hadde jeg forventet at alle regionene oppfyller kravene tilknyttet representasjon av kjønn og lokal forankring. Styresammensetningene i de ulike regionene viste at disse kravene er overholdt i forhold til likestillingsaspektet, men at den lokale forankringen ikke er ivaretatt i like stor grad i alle regioner. Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord har som forventet ut fra dette perspektivet lagt stor vekt på at styrerepresentantene har lokal forankring. I Helse Øst og Helse Sør har man derimot vært mer åpne for å rekruttere personer uten slik erfaring. Det rasjonelt - instrumentelle perspektivets forklaringskraft svekkes i forhold til de to sistnevnte prioriteringer, da alle regionene er underlagt samme bestemmelsene i forhold til denne type forankring. Når det gjelder utdanningsmønstrene som finnes i styrene i de ulike regionene, er de klart i tråd med mine forventninger. Alle regionene har tatt hensyn til ønsket om å ha et bredt spekter av profesjoner representert i styrene. Mulighetene de regionale styrene har hatt til å sette sammen egne lokale styrer, har altså ikke ført til at enkelte regioner har gått bort fra målsettingen om et variert kompetansenivå i samtlige foretaksstyrer.

4.1.4 Sosial bakgrunn tolket i lys av et institusjonelt perspektiv

Fra et institusjonelt ståsted kan fordelingen mellom kjønn sees i sammenheng med hva som tradisjonelt har vært vanlig i norske styrer. Overvekten av menn samsvarer med tendenser fra styrer innen helsesektoren og offentlig sektor for øvrig. I dette perspektivet vil en fullstendig likestilling mellom kjønnene måtte komme over tid. Den forholdsvis høye andelen kvinner som nå sitter i foretaksstyrene, kan ha sin bakgrunn i nettopp en økt fokus på en slik problemstilling. Når det gjelder alderssammensetningen, fant vi svært høye andeler i de eldste alderskategoriene. Sett i lys av dette perspektivet samsvarer et slikt funn klart med forventningene. Vektlegging av lang erfaring og ansiennitet gir seg naturlig utslag i høy representasjon i de eldste alderskategoriene, noe som dette perspektivet åpner for. Videre vil det være rimelig å anta at den såkalte "68er" generasjonen har et godt fotfeste innenfor foretaksstyrene på bakgrunn av alderssammensetningen som finnes i styrene, i likhet med hva man finner i styrer tilknyttet andre deler av offentlig og privat virksomhet.

Tradisjonelt har sykehusstyrene rekruttert sine representanter fra lokale helse- og politiske institusjoner. Sykehusreformen har som mål å bevare lokalstyre gjennom rekruttering av personer med lokal tilhørighet. Fordelingen viste at en slik egenskap har blitt sterkt vektlagt, noe som sammenfaller godt med forventningene ut fra dette perspektivet. Man har i liten grad

rekruttert personer uten en slik tilknytting. Når det gjelder styremedlemmenes utdanningsbakgrunn, er det i lys av dette perspektivet naturlig å fokusere på profesjoner som tradisjonelt har hatt sterk innflytelse i styrene. Medisinere er en slik gruppe. Av fordelingen så vi at de ikke lenger utgjør en stor maktfaktor i styrene. Dette samsvarer ikke helt med mine forventninger, ettersom deres sterke posisjon ikke nødvendigvis ville bli radikalt svekket som følge av sykehusreformen. Siden de også utøvde et visst påtrykk i forkant av rekrutteringen for å fremme egen representasjon, hadde jeg forventet større andeler fra denne grupperingen. Svekkelsen forsterkes også av at den grupperingen medisinere var mest skeptiske til, nemlig økonomer, nå utgjør den største profesjonen med nesten en fjerdedel av representantene. En slik type maktforskyvning i styrer for sykehusene ville her forventes å gjerne måtte komme over tid, spesielt innenfor en sektor som helse der normer og verdier, samt profesjonsinteresser tradisjonelt har stått veldig sterkt (NOU 1997:2). Motstand innad i organisasjonen fra legestanden har gitt små resultater, noe som ikke nødvendigvis sammenfaller med forventninger i lys av en institusjonell tilnærming. På en annen side, finner vi fortsatt tradisjonelle mønstre i forhold til innflytelse hos medisinere kontra personer med annen helsefaglig utdanning. Medisinere har fortsatt større innflytelse enn disse gruppene, også etter iverksettelsen av sykehusreformen.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Fordelingen mellom menn og kvinner viste ingen signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene. Menn sin tradisjonelle overvekt i norske styrer, forekommer både i regionale og lokale foretak i tråd med utledede forventninger i dette perspektivet. Dette da med forbehold om at likestillingshensyn ut fra et institusjonelt ståsted vil kunne møte motstand i ulike deler av foretaksorganisasjonen. Styremedlemmenes alderssammensetning har også klare institusjonelle trekk. Regionale styremedlemmer er jevnt over eldre enn sine kollegaer i lokale helseforetak. Kravet til lang ansiennitet kan derfor ha vært langt mer fremtredende i regionale styrer. Dette samsvarer med hva jeg ville forventet ut fra dette perspektivet, ettersom kravene til erfaring gjerne blir større jo lenger oppover i organisasjonshierarkiet man kommer.

Både regionale og lokale foretak har vært lojale ovenfor bestemmelsen om lokal forankring, selv om kravene til dette har en noe varierende styrke på de ulike nivåene. En slik fordeling vil kunne forklares med bakgrunn i tradisjonelle mønstre i forhold til denne type tilhørighet. Når det gjelder utdanningsbakgrunn, forventet jeg visse forskjeller mellom foretaksnivåene

som følge av at den politiske ledelse kun foretar valg av representanter på regionalt nivå. Derfor vil det i lys av dette perspektivet være rimelig å forvente at de som foretok valg av styremedlemmer på lokalt nivå, sannsynligvis har blitt utsatt for et større press fra profesjoner som tradisjonelt har stått sterkt i styring av sykehus. Fordelingen viste derimot at slike forventninger ikke sammenfaller med den empiriske fordelingen. Forskjellene mellom nivåene er små, og gir derfor mindre forklaringskraft i det institusjonelle perspektiv.

Forholdet mellom regionene

I og med at de forhenværende eierne av sykehusene (fylkeskommunen) praktiserte ulike styre- modeller for ledelse av sykehusene, åpner dette perspektivet for ulikheter i sosiale bakgrunnstrekk hos representantene i de ulike regionene. Når det gjelder kjønn, alder og utdanning, viste imidlertid de empiriske funn at slike forskjeller i liten grad er til stede. Styremedlemmenes lokale forankring derimot, er mer i samsvar med hva jeg her ville forventet i lys av institusjonelle perspektivs syn på reformprosesser. Helse Øst og Helse Sør (sistnevnte med visse forbehold) har lagt mindre vekt på lokal tilhørighet enn de andre tre regionene. De to førstnevnte har også vektlagt lokal forankring høyt, men har i tillegg vært langt mer åpne for å rekruttere ekspertise utenfra. Dette har medført at man har gått utenfor sitt virkeområde for å hente tilfredsstillende kompetanse til styrene, på tross av sterke politiske føringer om å unngå en slik praksis. Forskjellene som her har oppstått, vil ut fra dette perspektivet kunne forklares med at regionene i ulik grad har blitt påvirket av uformelle føringer under utvelgelsen av styrerepresentanter, noe som har medført at Helse Øst og Helse Sør har vektlagt andre kompetansebehov fremfor lokal forankring i enkelte av sine styrer.

4.2 Styremedlemmenes sektortilknytting

Fra helseminister Tore Tønnes side ble det sett på som viktig å gi foretaksstyrene innpulser fra et vidt spekter av virksomheter, samtidig som man skulle bevare en viss kompetanse fra egen sektor. For å kartlegge om de som sitter i styrene representerer kompetanse fra et bredt spekter av virksomheter, og om styrene har opprettholdt en viss kompetanse fra egen sektor benyttes følgende variabler: *type virksomhet, erfaring fra helsesektoren og antall år i helsesektoren.*

4.2.1 Forventninger ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Her vil jeg forvente at helseforetakene i tråd med politiske målsettinger har rekruttert personer på et bredt grunnlag i forhold til type virksomheter, både fra det offentlige og det private. De

overordnede målsettingene om å rekruttere kompetanse fra helse, samfunnsliv og organisasjoner vil her forventes å bli gjenspeilet i styrene på begge foretaksnivå og i alle regioner. Enkelte forskjeller mellom regioner forventes imidlertid å forekomme, som følge av ulik vektlegging av virksomhets- og sektorkompetanse under rekrutteringen.

4.2.2 Forventninger ut fra et institusjonelt perspektiv

Sett i lys av dette perspektivet vil jeg forvente at helseforetakene sitt rekrutteringsmønster på mange måter samsvarer med tidligere praksis i de tidligere fylkeskommunale sykehusstyrene. Siden disse styrene rekrutterte mange fra egen sektor eller annen offentlig sektor, forventer jeg at helseforetakene også gjør dette. Lengre ansiennitet vil da være viktig. Radikale endringer i rekrutteringsmønster, som å rekruttere mange kandidater fra privat virksomhet, vil gjerne ikke kunne skje kun som følge av innføringen av foretaksorganisering, men over en lengre rekrutteringsperiode med gradvis større innflytelse fra personer tilknyttet private virksomheter. Forskjeller i omstillingsevne kan gjennom dette perspektivet åpne for forskjeller mellom foretaksnivåene og spesielt mellom de ulike regionene.

4.2.3 Trekk ved styremedlemmenes sektortilknytting

Ved rekrutteringen av styremedlemmer ble det lagt vekt på at både offentlig- og privat virksomhet skulle være godt representert i styrene. Tabell 4.6 viser at fordelingen mellom

Tabell 4.6 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter virksomhetstilknyping utenfor helseforetak

Type virksomhet	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Offentlig innenfor helsesektoren	43	9	43	13	43	12
Annen offentlig sektor	26	41	18	30	19	32
Privat innen helsesektoren	0	0	5	8	4	6
Annen privat virksomhet	23	36	24	39	24	39
Org. innenfor helsesektoren	3	5	5	3	5	3
Annen organisasjon	0	0	2	4	2	3
Pensjonist	6	9	0	0	1	2
Annet	0	0	2	4	2	3
(N)= 100%	(35)	(22)	(171)	(104)	(206)	(126)
"Alle": helse- / ikke helsevirksomhet – foretaksnivå					Signifikans: ,05	

disse er forholdsvis jevn. 12 % av styremedlemmene har sitt daglige virke innen offentlig helsesektor, mens 32 % har tilknytning til annen offentlig virksomhet. Personer fra privat virksomhet, er representert med 6 % innen helse og 39 % innen annen slik virksomhet. Dette betyr at 44 % kan knyttes direkte til offentlige virksomhet og 45 % til privat virksomhet. Styremedlemmer med bakgrunn fra interesseorganisasjoner utgjør ingen stor gruppering i styrene. Kun 6 % av representantene har direkte tilknytning til organisasjoner i eller utenfor helsesektoren.

Ser vi på forholdet mellom foretaksnivåene, finner vi ikke signifikante forskjeller i rekrutteringen fra offentlig og privat virksomhet. Når det gjelder representanter tilknyttet helsereelatert eller ikke-helsereelatert virksomhet, viser fordelingen imidlertid signifikante forskjeller når ansatte representanter er tatt med. Andelen representanter fra virksomhet innfor helsesektoren er noe lavere på regionalt enn lokalt nivå. Videre viser forholdet mellom regionene i tabell 4.7 nedenfor også enkelte signifikante forskjeller.

Tabell 4.7 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter type virksomhetstilknytting og regionstilhørighet

Type virksomhet	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord
Offentlig innenfor Helsesektoren	13	3	28	9	10
Annen offentlig Sektor	28	36	11	41	38
Privat innen helsesektoren	3	3	17	5	10
Annen privat Virksomhet	44	45	39	32	33
Org. innenfor helsesektoren	3	3	0	5	5
Annen Organisasjon	6	3	0	0	5
Pensjonist	0	3	6	0	0
Annet	3	3	0	9	0
(N)= 100%	(32)	(31)	(18)	(22)	(21)
Annen offentlig sektor: Helse Vest – Andre				Signifikans: ,04	
Off helsesektor: Helse Vest – Andre				Signifikans: ,04	

Helse Vest skiller seg ut fra de andre regionene i forhold til andel styremedlemmer tilknyttet offentlig helsesektor. Man har i denne regionen valgt å rekruttere en langt større andel fra egen sektor. Skillet mellom Helse Vest og de resterende regionene kommer også frem i forhold til personer rekruttert fra annen offentlig virksomhet, der førstnevnte region har rekruttert langt færre med denne type tilknytning sammenlignet med de andre. Utover dette viser tabellen ingen signifikante forskjeller. Personer med organisasjonserfaring er lavt representert i alle regioner.

Tabell 4.8 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter erfaring og ansiennitet fra helsesektoren

Erfaring fra helsesektor	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Ja	63	41	64	41	65	41
Nei	37	59	36	59	36	59
(N)=100%	(35)	(22)	(172)	(105)	(207)	(127)
Antall år i Helsesektoren	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Gjennomsnitt antall år	22	26	20	12	20	13
Standardavvik	13	18	10	19	11	20
(N)= 100%	(22)	(9)	(110)	(43)	(132)	(52)

Av tabell 4.8 ser vi at personer som på et eller annet tidspunkt har vært tilknyttet helsesektoren er i mindretall i foretaksstyrene. Dette stemmer overens med hva som kom frem i tabell 4.6 om forholdet mellom personer med eller uten tilknytting til helsesektoren. Ønsket om et flertall av styremedlemmer fra andre sektorer enn helse kan ha gitt slike utslag under selve utvelgelsen av representantene. Likevel utgjør personer med erfaring fra helsesektoren en relativt stor andel av representantene. Man har i tråd med målsettingene lagt vekt på å opprettholde helsefaglig kompetanse i styrene, selv om organisasjonsstrukturene er endret. Videre ser vi at man klart har lagt vekt på lang erfaring hos de som representerer denne type kompetanse. Gjennomsnittet på over 13 års ansiennitet fra egen sektor underbygger dette.

Det finnes ingen signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene. Likevel ser en tendens til at regionale styremedlemmer har lenger "fartstid" fra helsesektoren enn sine kollegaer på lokalt nivå (26 mot 12 år). Når det gjelder forskjeller mellom regionene, er ulikhetene større. Tabell 4.9 nedenfor viser ingen signifikante forskjeller når det gjelder personer med og uten erfaring fra helsesektoren, men i forhold til antall år er situasjonen annerledes. Helse Sør og Helse Nord har i betydelig mindre grad vektlagt lang erfaring hos representanter rekruttert fra egen sektor, enn hva som er tilfelle i de tre andre regionene. I Helse Øst, Helse Vest og Helse Midt har derimot slik ansiennitet sannsynligvis hatt stor betydning.

Tabell 4.9 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter erfaring og ansiennitet fra helsesektoren ut fra regionstilhørighet

Erfaring fra helsesektoren	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Ja	50	35	39	37	43
Nei	50	65	61	63	57
(N)=100%	(32)	(34)	(18)	(22)	(21)
Antall år i helsesektoren	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Gjennomsnitt antall år	15	24	26	26	14
Standardavvik	12,35	17,10	9,23	9,41	9,97
(N)= 100%	(16)	(12)	(7)	(8)	(9)
Helse Sør & Helse Nord – Andre				Signifikans: ,00	

4.2.4 Sektortilknytting tolket i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Gjennomgangen av representantene sin daglige virksomhetstilknytting viste at fordelingen mellom offentlig og privat sektor er tilnærmet lik. En slik fordeling samsvarer svært godt med hva jeg forventet ut fra dette perspektivet. Rekrutteringen bærer klart preg av å ha ivaretatt målsettingen om å tilegne seg kompetanse fra begge sektorer. Utover dette samsvarer rekrutteringsprosessen i mindre grad med målsettinger om å tilegne seg bred kompetanse fra interesse/ frivillige organisasjoner. Disse utgjør en svært begrenset andel av styremedlemmene, noe som ikke her helt i tråd med forventinger ut fra dette perspektivet. På en annen side kan dette sees i sammenheng med ”tvetydigheten” mellom det å ha som målsetting å rekruttere personer fra slike organisasjoner, og det å gå bort fra partssammensatte styrer uten tvungen representasjon fra utvalgte interesseorganisasjoner. Fokuset på ”profesjonalitet” hos den enkelte styrerepresentant, der ingen særinteresser skal knyttes til den enkelte medlem i foretaksstyre, kan ha svært utslagsgivende for det rekrutteringsmønsteret som har blitt avdekket.

Målsettingen om å opprettholde kompetanse fra egen sektor har klart blitt vektlagt, som følge av at mange representanter har erfaring fra helsesektoren. Ønsket om å ha et visst innslag av helsefaglig ekspertise i styrene er altså oppfylt, noe som stemmer godt overens med mine forventinger ut fra dette perspektivet. Det at disse representantene i snitt har mange års erfaring fra helsesektoren, forsterker også bildet av at foretakene har lagt vekt på bred kompetanse fra egen sektor.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Styrerepresentantene sin daglige virksomhetstilknytting viste ingen signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene. Både regionalt og lokalt nivå har rekruttert representanter fra et bredt spekter av virksomheter, klart i tråd med hva jeg forventet ut fra dette perspektivet. Uttalte politiske målsettinger for styresammensetningen har lagt føringer ikke bare på regionalt nivå, men også på det underliggende lokale foretaknivået. Når det gjelder prioritering av kompetanse fra egen sektor, viste fordelingen heller ingen signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene. Begge foretaksnivå har i lik grad tatt hensyn til denne type kompetanse under utvelgelsen av representanter. Dette samsvarer godt med mine forventninger ut fra dette perspektivet, selv om jeg også åpnet for at mindre forskjeller kunne forekomme mellom nivåene. Hierarkisk styring ser her ut til å ha påvirket vektleggingen av erfaring fra egen sektor. Den samme tendens gjelder også i forhold til vektlegging av ansiennitet, ettersom begge nivå har lagt vekt på å rekruttere personer med lang fartstid innen helsesektoren. Dette er også med på å styrke en ovenfra og ned tankegang for implementering av helsefaglig kompetanse i foretaksstyrene.

Forholdet mellom regionene

Helse Vest skiller seg ut fra de andre regionene når det gjelder rekruttering fra ulike typer virksomheter. Denne regionen har i langt større grad enn de andre lagt vekt på å rekruttere personer med bakgrunn fra offentlig helsesektor, fremfor personer fra annen offentlig sektor. Kompetanse fra egen sektor har altså blitt sett på som mye viktigere i denne regionen i forhold til hva som har vært tilfelle i de fire andre. En slik forskjell i rekrutteringsmønster vil ut fra dette perspektivet kunne forklares som en følge av den enkelte region sin mulighet til å foreta egne valg for best å oppnå generelle kompetansekrav i styrene. Ulik tilgang på styremedlemmer med denne type kompetanse kan også forklare forskjeller. Alle regioner har oppfylt kravene om kompetanse fra offentlig helsesektor og annen offentlig sektor, noe som er forenelig med forventninger i lys av dette perspektivet. Det at ulik vektlegging mellom offentlig helsesektor og annen offentlig virksomhet forekommer, vil her sees som et resultat av at eier bevisst setter generelle kompetansekrav for å gi regionene mulighet til selv å bestemme balansen mellom dem. Fristilling i form av foretaksorganisering har altså gitt mulighet for egne kompetanseprioriteringer i de ulike regionene. Videre fantes det ingen signifikante forskjeller mellom regionene i forhold til vektleggingen av rekruttering fra offentlige og private virksomheter. Dette indikerer at alle regionene har tatt hensyn til å

balansere forholdet mellom offentlig og privat kompetanse i sine styrever, noe som klart er i tråd med politiske målsettinger, og en hierarkisk styrt implementeringstankgang. En slik tendens finner man også i forhold til prioritering av generell erfaring fra helsesektoren. I samtlige regioner har over en tredjedel av representantene erfaring fra helsesektoren, noe som også danner et rekrutteringsmønster der Helsedepartementets målsettinger gjenspeiles i valgte styresammensetning.

4.2.5 Sektortilknytting tolket i lys av et institusjonelt perspektiv

Fordelingen mellom styreprerrepresentantenes sektortilknytting viste at man nå har fått en langt større likevekt mellom erfaring fra offentlig og privat virksomhet i styrene. En slik utvikling er ikke helt i samsvar med hva jeg ville forvente ut fra dette perspektivet, da en radikal endring i rekrutteringsmønster som her har skjedd, sannsynligvis ville bli møtt med motstand fra personer tilknyttet den tradisjonelt godt representerte offentlige helsesektor. Andelen av sistnevnte gruppering er nå relativ liten, noe som samsvarer dårlig med mine forventinger ut fra et institusjonelt perspektiv. På en annen side er andelen langt høyere for personer med bakgrunn fra annen offentlig virksomhet. Dette indikerer at slik kompetanse er vektlagt i tråd med hva de tidligere fylkeskommunale sykehusstyrene også representerte. Her kan også aspekter som å verne fylkeskommunalt ansatte være med på å forklare en høy andel fra offentlig virksomhet. Når det gjelder representanter med bakgrunn fra organisasjoner, viste fordelingen svært moderate andeler både i og utenfor helsesektoren. En slik reduksjon må klart sees i sammenheng med at foretaksstyrene ikke er partssammensatte, noe som gir denne type grupperinger begrenset innpass i foretaksstyrene. Likevel hadde jeg her forventet at de skulle ha større representasjon enn hva forelingen viser. Den reduserte innflytelsen til interesse/ frivillige organisasjoner, vil i lys av dette perspektivet kunne komme som følge av et brudd med tidligere verdier innen helsesektoren, der brukermedvirkning har vært viktig i sykehusene. Noe som også kom klart frem av debatten i høringsrunden til sykehusreformen (Herfindal 2004).

Representanter med erfaring fra helsesektoren er i knapt mindretall i forhold til representanter uten slik erfaring. Dette betyr at denne type erfaring ikke har vært påkrevd hos flertallet av styremedlemmene. Likevel er de fortsatt godt representert i styrene, noe som viser at slik kompetanse har vært viktig, i tråd med hva jeg forventet ut fra dette perspektivet. Et annet aspekt som står sentralt innenfor denne tilnærmingen er ansiennitet fra egen sektor. Den lange ansienniteten som styremedlemmer med erfaring fra helsesektoren representerer, viser at lang

erfaring har blitt sett på som svært viktig. Det institusjonelle perspektivets fokus på ansiennitet og internt opprykk i rekrutteringsprosesser, kommer derfor klart frem som et viktig kriterium under rekrutteringen til styrene i helseforetak.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Regionale og lokale helseforetak har et tilnærmet likt rekrutteringsmønster i forhold til representantenes virksomhetstilhørighet. Likevekten mellom styremedlemmer fra offentlig og privat virksomhet er gjennomgående stor på begge foretaksnivå. En slik rekrutteringspraksis styrker ikke dette perspektivets forklaringskraft, ettersom jeg her åpnet for at større ulikheter i balanseforholdet mellom offentlig og privat virksomhet ville kunne forekomme. Den moderate og tilnærmet like representasjonen av personer med og uten erfaring fra helsesektoren på de to foretaksnivåene, svekker også dette perspektivets forklaringskraft om man ser bort fra at lang ansiennitet har vært foretrukket hos disse representantene begge steder. Dette kommer av at jeg her hadde forventet et enda større innslag av representanter fra egen sektor i styrene, spesielt på lokalt foretaksnivå, der styremedlemmene ikke er valgt av eierdepartementet. Ut fra et institusjonelt perspektiv ville det være naturlig å anta at de regionale helseforetakene lettere ville være mottakelige for påvirkning fra sterke interessegrupper innen helsesektoren under utvelgelsen av styremedlemmer i lokale helseforetak. Slik påvirkning ser ikke ut til å ha gitt større intern rekruttering fra helsesektoren til styrene på lokalt nivå.

Forholdet mellom regionene

Ut fra det institusjonelle perspektivet forventet jeg at de ulike regionene ville ha et noe ulikt rekrutteringsmønster, som følge av stor selvråderett under rekrutteringen. Fordelingen mellom regionene viste at det finnes forskjeller i rekrutteringsmønster. Helse Vest har rekruttert en markant høyere andel personer fra offentlig helsesektor (28%), enn hva som er tilfelle i de fire andre regionene. Fokus på helsefaglig ekspertise står altså sterkt i denne regionen. De andre regionene har i mye større grad vektlagt å rekruttere personer fra annen offentlig virksomhet. Fordelingen viste at Helse Vest har en langt lavere andel fra denne type virksomhet. Prioriteringen av generell kompetanse fra offentlig virksomhet opp mot helserelatert virksomhet i det offentlige er altså ulik i Helse Vest sammenlignet med de andre regionene. Forskjellene som fremkommer kan ut fra dette perspektivet settes opp mot de tradisjonelt sterke gruppene innen ledelse i sykehus, der personer fra offentlig helsevirksomhet har spilt en viktig rolle. Denne grupperingen har fortsatt en vesentlig innflytelse i en av regionene,

nemlig Helse Vest. En slik tendens er klart i samsvar med dette perspektivets syn på implementering av nye reformer i store og komplekse organisasjoner. Gamle maktkonstellasjoner kan holde stand i enkelte deler av en organisasjon selv om radikale endringer blir forsøkt gjennomført.

Erfaring er en viktig faktor innen det institusjonelle perspektiv. Når det gjelder regionene sin vektlegging av erfaring fra helsesektoren viste fordelingen ingen signifikante forskjeller, i motsetning til hva jeg ut fra dette perspektivet hadde forventet. Forskjeller kom imidlertid frem i forbindelse med ansienniteten til de med erfaring fra helsesektoren. I Helse Sør og Helse Nord har styremedlemmer med denne type erfaring i gjennomsnitt 10 års kortere fartstid bak seg fra slik virksomhet, enn hva som er tilfelle i de tre andre regionene. Betydningen av lang ansiennitet har altså i langt mindre grad blitt vektlagt hos Helse Sør og Helse Nord. I Helse Vest, Helse Øst og Helse Midt har derimot lang ansiennitet blitt sett på som svært viktig, ettersom deres representanter med bakgrunn fra helsesektoren i snitt har ca. 25 års erfaring. Dette sammenfaller med det institusjonelle perspektivets fokus på at en reform kan implementeres ulikt, som følge av at det foreligger ulike normer og verdier innad i organisasjonen. Ved siden av forskjeller mellom regionene, viser det sterke fokuset som flertallet av regionene har på ansiennitet at en slik egenskap har vært viktig når en har rekruttert internt fra offentlig helsereelatert virksomhet

4.3 Styremedlemmenes profesjonalitet

Overgangen til profesjonelt sammensatte styrever ble fra flere hold sett på som ”et overgrep mot folkestyret”, og var gjenstand for stor debatt i forkant av sykehusreformen (Herfindal 2004:104). Foretaksstyrene skal nå etter presisering av initiativtakeren bak sykehusreformen Tore Tønne velges ut fra ”profesjonelle kvalifikasjoner” (BT 06.01.2001). En slik utvelgelses Sentralt i denne sammenheng står kravet om at styrene skal representere erfaringsbasert kunnskap fra ulike former for ledelse (Pressemelding SHD 06.06.2001). Med klare paralleller til den til nå avdekkede brede profesjons- og virksomhetstilhørigheten styrerepresentantene representerer, kartlegges styremedlemmenes profesjonalitet gjennom variablene *stillingstype*, *styreverfaring*, *styreverfaring fra*, *styreverv i tillegg* og *antall verv*.

4.3.1 Forventninger ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

En av hovedintensjonene bak sykehusreformen er å sette større fokus på ledelse og kompetente ledere i sykehusene (SHD Rapport 2001). Ut fra det rasjonelt – instrumentelle

perspektiv vil jeg derfor ha klare forventinger om at styremedlemmer i alle deler av foretaksorganisasjonen har kompetanse fra ulike typer ledelse. Et virkemiddel som å ”profesjonalisere” foretaksstyrene vil her gi klare føringer på hvem som rekrutteres til styrene. Med dette menes at personer med erfaring fra ledelse og styrevirksomhet, i henhold til politiske målsettinger, vil bli foretrukket fremfor personer uten slik kompetanse. Representantenes erfaring fra andre styrer forventes å komme fra ulike sektorer, både fra offentlig og privat virksomhet. Antall styreverv utenom verv i helseforetak vil også kunne være høyt hos mange representanter. Dette kommer av at det har vært ønskelig å rekruttere styremedlemmer med bred ledelseserfaring, som har oppdatert kunnskap innen ledelse av forskjellige typer virksomhet.

4.3.2 Forventninger ut fra et institusjonelt perspektiv

Fra et institusjonelt perspektiv der formell kompetanse er viktig, vil jeg også forvente at ledelseserfaring er sterkt vektlagt under rekrutteringen. Her vil jeg imidlertid åpne for at forskjeller mellom foretaksnivåene og forskjeller mellom regionene i større grad forekommer. Erfaring fra styrer vil som en del av den formelle ledelseskompetansen bli foretrukket, og da gjerne fra offentlig virksomhet i likhet med hva som har vært praksis før foretaksorganiseringen ble iverksatt. Av den grunn forventes det også at aktivitetsnivået i andre styrer er forholdsvis moderat. Dette kommer av at det ikke er like vanlig at personer som sitter i offentlig styrer tar på seg like mange styreverv som sine kollager i det private, der det å ha mange verv samtidig er svært utbredt.

4.3.3 Trekk ved styremedlemmenes profesjonalitet

Tabell 4.10 viser hvor stor andel av styrerepresentantene som har lederstilling i sitt daglige virke ved siden av styreverv i helseforetak. Et sentralt aspekt ved sykehusreformen er økt fokus på ledelse. Av tabellen ser vi at en forholdsvis høy andel (75%) av styrerepresentantene innehar en lederstilling ved siden av sitt styreverv. Av disse er 58 % er toppledere, mens 17 % har en mellomlederstilling. Dette betyr at ledererfaring er forholdsvis sterkt vektlagt hos styremedlemmene, noe som samsvarer med uttalte mål da rekrutteringen startet (Ot.prp.nr.66 (2000-2001):29). Når det gjelder ledererfaring generelt, er det viktig å presisere at prosentandelen ledere kan være høyere enn hva tabellen viser, fordi styremedlemmene kan ha ledererfaring fra tidligere, selv om de ikke satt i en lederstilling da spørreskjemaet ble besvart.

Tabell 4.10 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter type stilling

Type stilling	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet region/ lokal	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Toppledere	40	64	35	57	37	58
Mellomledere	23	9	21	19	22	17
Ikke ledere	37	27	43	24	42	25
(N)= 100%	(35)	(22)	(168)	(102)	(203)	(124)
Type stilling	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	
Toppledere	58	64	56	57	52	
Mellomledere	23	15	22	14	10	
Ikke ledere	19	21	22	29	38	
(N)= 100%	(31)	(33)	(18)	(21)	(21)	

Det finnes ikke signifikante forskjeller verken mellom foretaksnivåene, eller mellom regionene når det gjelder vektlegging av lederkompetanse. Men likevel ser vi en tendens til at Helse Nord har rekruttert flere representanter som ikke sitter i en lederstilling til sine styrer.

Tabell 4.11 Styremedlemmer fordelt prosentvis etter styreefaring og eventuelt fra hvor

Styreefaring	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Ja	89	100	76	89	78	91
Nei	11	0	24	11	22	9
(N)=100%	(35)	(22)	(172)	(105)	(207)	(127)
Styreefaring fra:	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Offentlig helsesektor	46	46	29	33	32	35
Privat helsesektor	14	14	13	16	14	16
Annen off. Sektor	49	68	33	50	36	53
Annen privat sektor	54	73	51	79	51	78
(N)	(32)	(22)	(139)	(94)	(171)	(116)
”Alle”: offentlig helsesektor – foretaksnivå					Signifikans: ,05	

Tabell 4.11 viser at det store flertall av representantene har erfaring fra andre styrer. En slik type kompetanse har dermed blitt sett på som svært viktig. Når det gjelder hvilken sektor

styremedlemmene har sin styreerfaring fra, viser tabellen at både offentlig og privat sektor er relativt godt representert. 78 % har sittet i styrer i privat sektor utenfor helsesektoren, mens 53 % har slik erfaring fra offentlig sektor. Den høye andelen personer med erfaring fra generell privat virksomhet, viser at slik kompetanse har blitt sett på som viktig hos styremedlemmene. Dette gjelder i nesten like stor utstrekning for styreerfaring fra annen offentlig virksomhet, som også er godt representert blant styrerepresentantene. Av de som har sittet i styrer tilknyttet helsesektoren, ser vi at 35 % har erfaring fra det offentlige, mens 15 % har sittet i styrer innen den private delen av helsesektoren. At 35 % har erfaring fra styrevirksomhet i offentlig helsesektor, kan tyde på at det har vært ønskelig å rekruttere personer med erfaring fra de gamle fylkeskommunale sykehusstyrene.

Videre finner vi ikke signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene i forhold til denne type kompetanse, men at lokale styrer likevel har noen færre representanter med styreerfaring fra offentlig sektor. I tabell 4.12 som tar for seg de ulike regionene er tendensen derimot en annen.

Tabell 4.12 Styremedlemmers styreerfaring og eventuelt fra hvor fordelt prosentvis etter region

Styrererfaring	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord
Ja	97	97	83	82	86
Nei	3	3	17	18	14
(N)=100%	(32)	(34)	(18)	(22)	(21)
Helse Sør & Helse Øst - Andre				Signifikans: ,01	
Styreerfaring fra:	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord
Offentlig helsesektor	29	47	20	39	33
Privat helsesektor	19	21	13	26	11
Annen off. sektor	45	65	33	5	67
Annen privat sektor	81	71	87	89	67
(N)= 100%	(31)	(33)	(15)	(18)	(19)
Annen privat: Helse Øst & Helse Nord – Andre				Signifikans:,05	

Her finner vi signifikante forskjeller mellom regionene. Helse Øst og Helse Sør har i særdeleshet lagt vekt på å rekruttere personer med tidligere styreerfaring, i og med at tilnærmet alle deres representanter har slik erfaring. De tre andre regionene har også lagt stor

vekt på slik kompetanse, men her har man vært mer åpen for å rekruttere personer som ikke nødvendigvis har sittet i styrer tidligere. Videre finner vi også forskjeller mellom Helse Øst og Helse Nord sammenlignet med de andre regionene, når det gjelder erfaring fra styrer tilknyttet annen privat virksomhet. Disse to har vektlagt kompetanse fra det private i noe mindre grad enn de tre andre regionene. Andre ikke signifikante, men interessante tendenser er Helse Vest sin lave andel representanter med erfaring fra styrer innenfor helse, samt Helse Midt sitt lave innslag av styremedlemmer med styrerfaring fra annen offentlig sektor.

Tabell 4.13 Prosentvis fordeling av styreverv i tillegg og eventuelt hvor mange

Styreverv i tillegg	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Ja	74	91	51	68	55	72
Nei	26	9	49	32	45	28
(N)=100 %	(35)	(22)	(172)	(105)	(207)	(127)
"Alle" – foretaksnivå					Signifikans: ,01	
"- Ansatte" – foretaksnivå					Signifikans: ,03	
Antall verv:	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Gj.snitt antall verv	4,7	5,6	3,4	3,9	3,7	4,3
Standardavvik	4,1	4,3	3,0	3,2	3,3	3,5
(N)	(25)	(19)	(92)	(73)	(117)	(92)

Styremedlemmenes styreverv i tillegg vist i tabell 4.13, gir et klart bilde av at helseforetakene har rekruttert personer med et høyt aktivitetsnivå innen denne type ledelse. I gjennomsnitt har representantene 4.3 styreverv i tillegg til sitt verv i helseforetaket. Dette betyr at ønsket om aktive ledere med bred kompetanse på dette feltet klart har blitt vektlagt under utvelgelsen av styrerepresentanter.

Som tabellen viser, finner vi signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene med hensyn til hvor mange representanter som har andre verv i tillegg til sitt verv i helseforetak. På regionalt nivå har hele 91 % av representantene verv ved siden av, mens på lokalt nivå er andelen noe lavere med 68 %. Man har altså lagt større vekt på en slik egenskap på regionalt nivå, enn hva som er tilfellet på lokalt nivå. Når det gjelder antallet verv representantene har i tillegg, finner vi derimot ikke forskjeller mellom nivåene. Her er aktivitetsnivået forholdsvis likt. Videre i

tabell 4.14 nedenfor ser vi at en slik tendens også forekommer mellom regionene, der en heller ikke finner signifikante forskjeller dem imellom.

Tabell 4.14 Styreverv i tillegg og eventuelt hvor mange fordelt prosentvis etter region

Styreverv i tillegg	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord
Ja	84	79	67	62	59
Nei	16	21	33	38	41
(N)=100%	(32)	(34)	(18)	(21)	(22)
Antall verv	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord
Gj.snitt antall verv	4,2	3,7	5,3	5,2	3,7
Standardavvik	3,23	2,73	4,14	5,10	2,69
(N)= 100%	(27)	(27)	(12)	(13)	(13)

4.3.4 Profesjonalitet tolket i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

I tråd med forventningene ut fra dette perspektivet har ledererfaring blitt sterkt vektlagt under utvelgelsen av styrerepresentantene. Fordelingen viste at tre fjerdedeler av representantene har en lederstilling ved siden av sitt styreverv i helseforetak, noe som viser at målsettingen om å rekruttere aktive ledere i stor grad er innfridd. Dette stemmer også godt overens med den høye graden av styrekompetanse fra et bredt spekter av andre styrevirksomheter som fremkom undersøkelsen. Det at kompetanse er ivaretatt både fra offentlig og privat styrevirksomhet samsvarer godt med mine forventninger ut fra dette perspektivet. Det gjelder også det høye aktivitetsnivået styremedlemmene viser på dette området. Den utbredte praksisen med å ha flere styreverv samtidig, indikerer at den samlede gruppe av styremedlemmer er i besittelse av en omfattende og mangfoldig kompetanse innen ledelse, noe som er klart i tråd med intensjonene som ble utledet fra initiativtakerne bak sykehusreformen.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Rekrutteringen av aktive ledere er nokså likt ivaretatt på begge foretaksnivå ettersom fordelingen her ikke viste signifikante forskjeller. Det samme gjelder for styrerepresentanter med kompetanse fra andre styrer. Begge foretaksnivå har vektlagt slik kompetanse høyt. Fordelingene viste heller ikke forskjeller når det gjelder hvilke type styrer representantene på de to nivåene har erfaring fra. Disse tendensene samsvarer godt med hva jeg her ville forventet. Både regionale og lokale foretak har lagt vekt på høy grad av ”profesjonalitet” som følge av eierdepartementets ønsker om bred erfaring fra lederstillinger og lederverv. Når det gjelder aktivitetsnivået i andre styrer kom det imidlertid frem forskjeller mellom

foretaksnivåene. Styrerepresentantene på regionalt nivå er mer aktive i andre styrever enn sine kollegaer på lokalt nivå. Kravet til aktivt lederskap kan altså tilsynelatende ha vært større hos de regionale styrerepresentantene enn hos de lokale. I lys av dette perspektivet stemmer ikke dette helt overens med mine forventninger, da sykehusreformen ikke legger opp til strengere kompetansekrav på regionalt foretaksnivå. Selv om aktiviteten i andre styrever viste seg å være noe høyere på regionalt nivå, var det liten forskjell i antall tilleggsverv hos representantene. De styremedlemmene som har erfaring fra andre styrever, har altså med stor sannsynlighet et nokså likt kompetansenivå fra denne type lederverv.

Forholdet mellom regionene

Alle regionene har lagt vekt på å rekruttere personer med bakgrunn fra lederstillinger til sine respektive styrever, noe som er klart forenelig med forventningene i lys av dette perspektivet. Det samme kan også sies når det gjelder erfaring fra andre styrever. Samtlige regioner har vektlagt å rekruttere personer med styreverfaring, dog av noe ulik styrke. Helse Sør og Helse Øst har nesten utelukkende rekruttert personer med slik erfaring. Man har altså vært langt mindre åpen for personer uten erfaring fra styrever i disse regionene enn i de tre andre. Variasjonene i rekrutteringspraksis i forhold til denne type erfaring, vil i lys av dette perspektivet måtte forklares som følge av regionenes mulighet til selv å bestemme styverens konkrete sammensetning, noe som åpner for enkelte forskjeller i kompetansekrav hos regionene. Videre viste fordelingen forskjeller i forhold til hvor representantene i de ulike regionene hadde sin styreverfaring fra. Helse Nord og Helse Øst har rekruttert færre med styreverfaring fra privat virksomhet utenfor helsesektoren enn de andre regionene. Ut fra dette perspektivet vil dette også forklares gjennom regionenes frie stilling i forhold til vektlegging av slik erfaring. Et annet moment er aktivitetsnivået i andre styrever, som viser seg å være nokså likt i de fem regionene. Det er da rimelig å anta at lederaktiviteten hos representantene er stor i alle regionene, og i tråd med politiske målsettinger for foretaksstyrene, samt forventningene som er fremsatt på bakgrunn av denne tilnærmingen.

4.3.5 Profesjonalitet tolket i lys av et institusjonelt perspektiv

Det å heve ledelseskompetansen i sentrale stillinger innenfor sykehusene har vært sett på som et viktig virkemiddel for å oppnå bedre styring av sykehussektoren. Flertallet av styremedlemmene har erfaring fra ledelse i ulike virksomheter. Dette er i tråd med mine forventninger, ettersom erfaring står sentralt i det institusjonelle perspektiv. Det at en fjerdedel av representantene ikke er innehavere av ledelseserfaring, vil her kunne forklares med at

rekruttering av slik kompetanse må gjøres over tid. Det å finne egnede personer til styrene i foretakene lar seg ikke nødvendigvis gjennomføre kun ved overgang til foretaksstruktur. Gjeldene normer tilknyttet ledelseskompetanse i sykehus vil ikke nødvendigvis endres som følge av sykehusreformen, men gjøres over et lengre tidsrom gjennom en gradvis prosess. Ledelseskompetanse er også en etterspurt vare, der foretakene konkurrerer med annen virksomhet om de beste kandidatene. Sett under ett har man likevel etter all sannsynlighet oppnådd en kompetansehevning på dette området, ettersom svært mange styremedlemmer nå har erfaring fra profesjonell ledelse.

De empiriske funn viste at den sterke vektleggingen av erfaring fra lederstillinger, også gjelder i forhold til erfaring fra andre styrer. Nesten alle representantene har eller har hatt andre styreverv, og representerer denne type kompetanse fra et bredt spekter av virksomheter. Forventingene jeg ut fra dette perspektivet har om at denne type kompetanse i stor grad er rekruttert internt, stemmer til en viss grad med fordelingen. Over halvparten av styremedlemmene har sittet i styrer tilknyttet offentlig virksomhet, og en tredjedel av disse har sittet i slike styrer innenfor fylkeskommunal sykehusdrift. På en annen side viste fordelingen også at svært mange representanter har erfaring fra styrer innenfor private virksomheter, noe som viser at man har lagt vekt på styreefaring fra både det offentlige og private. Videre viste fordelingen at styremedlemmene sitter i mange andre styrer i tillegg til styrene helseforetakene. Det moderate aktivitetsnivået i andre styrer som jeg forventet hos styremedlemmene grunnet fokus på intern rekruttering, er derfor lite forenelig med de funn som har blitt gjort siden det å sitte i flere styrer samtidig ser ut til å være mer regelen enn unntaket.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Det institusjonelle perspektiv åpner for forskjeller mellom foretaksnivåene i forhold til i hvilken grad de har klart å rekruttere profesjonelle ledere til sine styrer. Hevelsen av ledelseskompetansen i sykehusstyrene vil gjerne ta lengre tid på lavere nivå i organisasjonen. Fordelingen viste derimot at begge nivå har rekruttert en tilnærmet lik andel ledere til sine foretak. En eventuell motstand mot nye ledere i sykehusstyrene som dette perspektivet åpner for, har altså ikke påvirket lokalt nivå i større utstrekning enn regionalt nivå. Denne samme tendensen gjelder også for styreefaring, da det heller ikke her finnes signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene. Både regionale og lokale styrer har oppnådd målsettingene om å rekruttere personer med styrebakgrunn fra et bredt spekter av virksomheter innenfor og

utenfor helsesektoren. Vi finner imidlertid forskjeller i forhold til aktivitetsnivået til representantene i andre styrer. Regionale styremedlemmer er langt mer aktive i andre styrer enn lokale representanter. Et slikt funn er klart i samsvar med hva jeg ville forventet ut fra dette perspektivet. Høye kravene til styrekompetanse vil ut fra dette perspektivet øke jo lengre opp i organisasjonshierarkiet man kommer. Dette vil derfor kunne gi seg utslag i at flere styrerepresentanter er aktive i andre styrer på et overordnet regionalt nivå, enn på det underliggende lokale nivå.

Forholdet mellom regionene

Ut fra det institusjonelle perspektiv åpnet jeg for at regionene i ulik grad har klart å rekruttere profesjonelle ledere til sine respektive foretaksstyrer. Institusjonelle verdier kan i ulik grad ha hemmet rekrutteringen av nye ledertyper i de ulike regionene. Fordelingen viste ingen signifikante forskjeller i forhold til dette. Det vil si at alle fem regionene i mer eller mindre grad har klart å rekruttere profesjonelle ledere, noe som nødvendigvis ikke gir en styrket forklaringskraft i dette perspektivet. På en annen side, når det gjelder erfaring fra andre styrer, fant vi forskjeller mellom regionene som støtter en institusjonell tilnærming. Helse Sør og Helse Øst har i svært stor grad vektlagt erfaring fra andre styrer, mens de tre andre regionene har vært mer åpne for personer uten denne type kompetanse. Slike forskjeller samsvarer bedre med forventningene ut fra dette perspektivet, da slik kompetanse som nevnt tidligere gjerne må tilegnes over lengre tid. Når det gjelder hvor representantene hadde sin styreefaring fra, fant vi forskjeller i forhold til erfaring fra privat virksomhet utenfor helsesektoren. Helse Øst og Helse Nord har i mindre grad valgt å rekruttere personer med styreefaring fra denne type virksomhet. Her har man i tråd med mer generelle forventninger innen dette perspektivet, valgt å rekruttere slik erfaring fra offentlig sektor. Forventinger vedrørende representantenes aktivitetsnivå i andre stemmer imidlertid mindre med de empiriske funn. Variasjonene i antall styreverv i tillegg til verv i helseforetak er mindre enn hva jeg her hadde forventet. Samtlige regioner ser ut til å ha rekruttert personer med bred og oppdatert styreefaring.

4.4 Politisk- og organisasjonsmessig aktivitet

En direkte følge av overgang fra partsammensatte til profesjonelt sammensatte styrer, er at ingen styremedlemmer er representert i foretaksstyrene på bakgrunn av at de representerer bestemte organisasjoner eller er tilknyttet bestemte politiske verv. For å kartlegge hvor stor andel av styremedlemmene som har eller har hatt tilknytting til interesse/ frivillige

organisasjoner og politiske partier, benyttes følgende avhengige variabler: *tillitsverv i interesse/frivillige organisasjoner, medlemskap i politisk parti og tillitsverv i politisk parti.*

4.4.1 Forventninger ut fra et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Ut fra dette perspektivet vil jeg forvente at styrene har et visst innslag av personer med erfaring fra interesse/ frivillige organisasjoner, siden slik kompetanse er vektlagt fra politisk hold. Likevel forventer jeg at innslaget av personer med erfaring spesielt fra organisasjoner innenfor helsesektoren er forholdsvis moderat. Dette kommer av at styrene i helseforetak ikke skal være partssammensatte, noe som medfører at ingen særinteresser har krav på formell representasjon. Styremedlemmenes politiske deltakelse forventes å være forholdsvis begrenset, i samsvar med gjennomsnittet i den norske befolkning. Dette kommer som en direkte årsak av at sykehusreformen er en eierskapsreform der folkevalgte organer ikke lenger skal utøve detaljstyring i sykehusene. Et stort innslag av politikere vil stride mot målsettingen om at foretaksstyrene skal være et kollegialt organ uten noen form for politiske bindinger (Ot.prp.nr.66 (2000-2001)). Videre åpner jeg for at moderate forskjeller kan forekomme mellom foretaksnivåene og de fem regionene. Disse forskjellene gjelder først og fremst prioriteringen av personer med erfaring fra interesse/ frivillige organisasjoner. Styremedlemmenes politiske aktivitet forventer jeg derimot at er svært lav på begge foretaksnivå og i alle regioner, som en direkte følge av at profesjonelle styrer skal være selvstendige enheter uten politisk detaljstyring.

4.4.2 Forventninger ut fra et institusjonell perspektiv

I motsetning til det rasjonelt - instrumentelle perspektiv vil jeg her forvente en noe større andel styremedlemmer med erfaring fra organisasjoner representert i foretaksstyrene. Særlig gjelder dette fra organisasjoner tilknyttet helsesektoren. Dette kommer av at disse tradisjonelt har hatt en viss innflytelse i de tidligere fylkeskommunale sykehusstyrene (NOU 1999:15). Når det gjelder politisk deltakelse, vil jeg forvente at mange på et eller annet tidspunkt har vært aktive i politikken. Siden sykehusstyrene tidligere i stor grad rekrutterte representanter fra politiske organer, vil det fra et institusjonelt ståsted være naturlig at mange styreprerentanter i foretakene har en slik erfaringsbakgrunn. Endringer i rekrutteringsmønster vil gjerne måtte komme over tid, noe som også kan gi seg utslag i forskjeller mellom foretaksnivåene og de ulike helseregionene.

4.4.3 Trekk ved styremedlemmenes politiske - og organisasjonsmessige aktivitet

Som vi ser av tabell 4.15 nedenfor er personer med erfaring fra interesse/ frivillige organisasjoner innenfor og utenfor helsesektoren representert i styrene. Personer med erfaring fra organisasjoner utenfor helsesektoren er i klart flertall, noe som kan bety at nettopp slik erfaring har vært mest vektlagt under rekrutteringen. Selv om sykehusreformen ikke gir enkeltinteresser direkte tilgang til styrene, har interesseorganisasjoner innen helsesektoren en viss representasjon. Man har altså ikke utelukket personer med tilknytning til denne type organisasjoner. Det er også verdt å merke seg at det finnes noen flere blant ansatte representanter med bakgrunn fra organisasjoner innenfor helsesektoren.

Tabell 4.15 Prosentvis fordeling tillitsverv i interesse/ frivillige organisasjoner

Tillitsverv interesse/ frivillig organisasjon	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Ja, innenfor helse	46	18	39	23	40	22
Ja, utenfor helse	49	59	54	67	53	65
Nei	26	36	22	22	23	24
(N)	(35)	(22)	(172)	(105)	(208)	(127)
Tillitsverv interesse/ frivillig organisasjon	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord	
Ja, innenfor helse	82	38	33	85	38	
Ja, utenfor helse	89	91	85	92	93	
Nei	19	35	28	14	24	
(N)	(32)	(34)	(18)	(22)	(21)	
Innenfor helsesektoren :Helse Sør & Helse Midt – Andre					Signifikans: ,00	

Vi finner ingen signifikante skiller mellom foretaksnivåene når det gjelder erfaring fra slike organisasjoner. Mellom regionene derimot, finnes markante forskjeller. Helse Sør og Helse Øst har i betydelig større grad rekruttert personer med erfaring fra organisasjoner innenfor helsesektoren, enn hva som er tilfelle i de tre andre regionene. I rekrutteringen fra organisasjoner utenfor helsesektoren finner vi på en annen side ikke slike tendenser, da regionene her fordeler seg nokså jevnt i forhold denne type kompetanse.

Tabell 4.16 Prosentvis fordeling medlemskap i politisk parti

Medlemskap i politisk parti	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Er medlem	46	55	29	36	32	39
Medlem tidligere	9	9	16	17	15	16
Aldri vært medlem	46	36	54	47	53	45
(N)= 100%	(35)	(22)	(172)	(105)	(207)	(127)
Medlemskap i politisk parti	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord	
Er medlem	38	32	44	52	33	
Medlem tidligere	16	18	28	10	10	
Aldri vært medlem	47	50	28	38	57	
(N)= 100%	32	34	18	22	21	

Under opprettingen av profesjonelle foretaksstyrer stod ønsket om ”avpolitisering” sentralt for å legge til rette for mer rasjonell ledelse i sykehusstyrene (Ot.prp.nr.66 (2000-2001): pkt 4.9.3). Tabell 4.16 viser at hele 39 % av representantene er medlem av et politisk parti, og at 16 % har vært det tidligere. Andelen styremedlemmer med slikt medlemskap er altså svært høyt, ettersom gjennomsnittet i den norske befolkning er på kun 10 % (Strømsnes 2003). En vil derfor kunne anta at en slik form for politisk tilknytting har vært viktig under rekrutteringen av styrerepresentanter. Det finnes ikke signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene eller de ulike helseregionene når det gjelder slik politisk tilknytting. Likevel ser vi en viss tendens til at medlemskap i politiske parti er mer utbredt hos regionale styremedlemmer. I tillegg er det verdt å merke seg at mange representanter i Helse Midt er medlem i et politisk parti.

Tabell 4.17 Tillitsverv i politisk parti

Tillitsverv i politisk parti	Regionale styrer		Lokale styrer		Samlet regionale/ lokale styrer	
	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte	Alle	- Ansatte
Har tillitsverv	6	5	8	9	7	8
Har hatt tillitsverv	34	46	23	34	25	36
Aldri hatt tillitsverv	60	50	69	57	68	56
(N)= 100%	(35)	(22)	(172)	(105)	(207)	(127)
Tillitsverv i politisk parti	Helse sør	Helse Øst	Helse vest	Helse midt	Helse nord	
Har tillitsverv	9	6	0	23	0	
Har hatt tillitsverv	38	41	44	18	38	
Aldri hatt tillitsverv	53	53	56	59	62	
(N)= 100%	(32)	(34)	(18)	(22)	(21)	
Har tillitsverv eller ikke: Helse Midt - Andre					Signifikans: ,01	

Selv om en gjennom sykehusreformen ønsket å fjerne politikere fra sykehusstyrene, ble det ikke innført forbud mot aktive politikere i foretaksstyrene (Ot.prp.nr.66 (2000-2001):74). Tabell 4.17 viser at svært mange av representantene har hatt slike verv, og at personer som nå er innehavere av et slikt verv også har fått innpass i styrene. Siden en på forhånd gav uttrykk for at personer med partipolitiske bindinger ikke burde være representert i særlig grad, er disse andelene noe oppsiktsvekkende. Erfaring fra politiske verv har altså blitt sett på som forholdsvis viktig under rekrutteringen til styrene. Når det gjelder forholdet mellom foretaksnivåene finner vi her ingen signifikante forskjeller, men regionale representanter ser ut til å ha hatt flere tillitsverv enn representanter lokale foretak. Forholdet mellom regionene viser derimot at Helse Midt har vektlagt å rekruttere aktive politikere i langt større grad enn de fire andre helseregionene. En slik praksis er kanskje noe uventet ettersom en sentral person i utredningsarbeidet bak sykehusreformen Paul Hellandsvik, sitter som direktør i nettopp dette helseforetaket.

4.4.4 Aktivitet politikk og organisasjoner tolket i lys av et rasjonelt – institusjonelt perspektiv

Helseforetakene har i tråd med politiske målsettinger ivaretatt kompetanse fra interesse/ frivillige organisasjoner i de profesjonelle foretaksstyrene. Det faktum at nesten en fjerdedel av representantene har erfaring fra interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren, viser at slike interesser til en viss grad er representert i styrene selv om en nå har gått bort fra

prinsippet om partsrepresentasjon. Den overordnede målsettingen om bred erfaring fra helsesektoren i styrene har sannsynligvis gitt slike grupperinger fortsatt noe innflytelse, selv om de ikke lenger representerer enkeltinteresser direkte. Ser man dette i sammenheng med den høye andelen representanter med erfaring fra slike organisasjoner utenfor helsesektoren, styrkes sannsynligheten for at målsettingene om å rekruttere denne type kompetanse i stor grad er innfridd. Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv gir derfor en todelt forklaringskraft. Man har i stor grad oppnådd målsettingen om å rekruttere denne type kompetanse til foretaksstyrene. På en annen side ønsket man å gi særinteresser mindre innflytelse ved å utelukke partsrepresentasjon. Hvorvidt dette har lyktes er derfor vanskeligere å si noe om, ettersom slike organisasjoner også etter reformen er representert ”profesjonelt” i styrene.

Styremedlemmenes politiske tilknytning var et sentralt debattema under diskusjonen rundt hvordan styrene skulle settes sammen. Et av hovedargumentene bak sykehusreformen (Ot.prp nr.66 (2000-2001)) var å bytte ut de gamle politisk sammensatte styrene med profesjonelle styrever uten klare politiske bånd. Dette skulle skape rom for enn mer handlekraftig ledelse av sykehusene. De empiriske funn viste likevel at man har rekruttert en betydelig andel representanter med bakgrunn fra det politiske miljø til styrene. Andelen representanter med medlemskap i politiske parti ligger langt over gjennomsnittet i befolkningen, og svært mange av dem har bakgrunn fra tillitsverv i partiorganisasjoner. Dette betyr at mange av styrerepresentantene sannsynligvis har forholdsvis tette bånd til politikken, noe som klart strider mot tanken om politisk uavhengige sykehusstyrer. Det rasjonelt - instrumentelle perspektivs forklaringskraft reduseres dermed betraktelig av rekrutteringspraksisen som er ført i forhold til personer med denne type bakgrunn.

Forholdet mellom Foretaksnivåene

Regionale og lokale foretak har vektlagt erfaring fra organisasjoner i og utenfor helsesektoren forholdsvis likt. Dette samme gjelder erfaring fra det politiske miljø. Vektleggingen av kompetanse fra interesse/ frivillige organisasjoner samsvarer med forventningene ut fra dette perspektivet, ettersom slik kompetanse inngår i målsettingene for en ønskelig styresammensetning. Når det gjelder representantenes politiske tilknytning, er bildet mer nyansert. Begge foretaksnivå har rekruttert langt flere fra disse miljøene enn hva jeg ville forventet ut fra dette perspektivet. Dette svekker perspektivets forklaringskraft, ettersom avvik fra gitte politiske målsettinger kommer frem av styresammensetningen både på regionalt og lokalt foretaksnivå.

Forholdet mellom regionene

Alle regionene har lagt vekt på å rekruttere personer med erfaring fra interesse/ frivillige organisasjoner utenfor helsesektoren. Når det gjelder organisasjoner med tilknytning til denne sektoren er tendensen imidlertid en annen. Helse Sør og Helse Midt har i betydelig større omfang rekruttert personer med erfaring fra interesseorganisasjoner innenfor egen sektor. Hvorfor disse regionene har prioritert markant forskjellig fra de andre, må her forklares med regionenes frie stilling til selv å sette sammen kompetente styrer. Likevel samsvarer ikke de to førstnevntes prioriteringer helt med kravene om å danne styrer uten noen form for partsrepresentasjon, ettersom særinteresser fra egen sektor har fått stort innpass i deres foretaksstyrer. Rekrutteringspraksisen i Helse Sør og Helse Midt vil da være et klart brudd med forventningene ut fra dette perspektivet. Når det gjelder politisk deltakelse fant vi ingen forskjeller mellom regionene i forhold til antall styremedlemmer med medlemskap i politiske parti. For tillitsverv i slike organisasjoner er tendensen derimot en annen. Helse Midt har i langt større grad enn de andre valgt å rekruttere aktive politikere til sine styrer. Det at region har gått bort fra en sentrale målsettinger i sykehusreformen om å unngå politikerdominerte styrer, samsvarer dårlig med mine forventninger i lys av dette perspektivet da det her tas for gitt at slike retningslinjer blir tatt hensyn til i samtlige regioner under utvelgelsen av representanter.

4.4.5 Aktivitet politikk og organisasjoner tolket i lys av et institusjonelt perspektiv

Erfaring fra interesse/ frivillige organisasjoner har stått sentralt i rekrutteringen av styremedlemmer i og med at tre fjerdedeler av representantene har slik kompetanse. Siden mange av sykehusstyrene tidligere var partssammensatte, vil det fra et institusjonelt perspektiv være naturlig at mange av styrerepresentantene har vært tilknyttet slike organisasjoner. Spesielt gjelder dette organisasjoner innenfor helsesektoren. Fordelingen viste at personer med sistnevnte tilknytning har en viss representasjon i styrene selv om de ikke lenger har noen form for partssammensetning. Det at mange styremedlemmer har erfaring fra denne type organisasjoner, gjør at flere av dem sannsynligvis har tette bånd til slike organisasjoner uten nødvendigvis å formelt representere disse. Strukturendringene og kravene som sykehusreformen har ført med seg kan muligens ha fått enkelte styrekandidater til å bryte formelle bånd til denne type organisasjoner, for å få innpass i foretaksstyrene.

Den politiske deltakelsen hos representantene samsvarer godt med forventningene i lys av dette perspektivet. Styremedlemmene er i langt større grad aktive i politikken i form av medlemskap eller tillitsverv i politiske parti, enn hva som er tilfelle i den norske befolkning. Tilknytting til politiske miljøer har altså hatt mye mer å si under rekrutteringen enn hva en kunne forvente ut fra sykehusreformens intensjoner. Siden de fylkeskommunale sykehusstyrene tidligere rekrutterte representanter hovedsaklig fra politiske organer, gir disse funnene god forklaringskraft i et institusjonelt perspektiv. Kravene til omstilling i styrene pålagt av sykehusreformen har ikke ført til radikale utskiftninger, ettersom personer med erfaring fra politikken fortsatt utgjør en vesentlig gruppe i denne type styringsorgan i sykehus. Argumentene for å fjerne handlingslammede politikere som hemmet beslutningstakingen i sykehusene, er dermed ikke nødvendigvis tatt like mye hensyn til under utvelgelsen av representantene som sykehusreformen la opp til.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Vektleggingen av erfaring fra interesse/ frivillige organisasjoner er forholdsvis lik på de to foretaksnivåene. Begge nivå har en viss representasjon med erfaring fra denne type organisasjoner innenfor og utenfor helsesektoren, med overvekt av representanter med bakgrunn fra organisasjoner som ikke direkte knyttes mot helsesektoren. Ut fra dette perspektivet hadde jeg forventet et noe annerledes mønster, der representanter med bakgrunn fra slike organisasjoner gjerne ville ha større innflytelse. Dette kommer av at de tidligere partssammensatte sykehusstyrene i de fleste tilfeller åpnet for representasjon fra denne type organisasjoner knyttet til helsesektoren, noe ikke nødvendigvis ville falle bort kun som følge av ”profesjonaliseringen” av foretaksstyrene. Videre viste den politiske deltakelsen til styremedlemmene ingen signifikante forskjeller mellom de to nivåene. Selv om det institusjonelle perspektiv åpner for forskjeller her kunne forekomme, gir likheten mellom nivåene styrke til denne tilnærmingen. Både representanter valgt av den politiske ledelse på regionalt nivå, og representanter valgt av regionale styrer på lokalt nivå, har formelle bånd til politiske partier i form av medlemskap eller tillitsverv. Begge nivåer har dermed rekruttert personer fra politiske miljøer, i likhet med vanlig praksis i de tidligere fylkeskommunale sykehusstyrene.

Forholdet mellom regionene

De fem regionene har vektlagt erfaring fra interesse/ frivillige organisasjoner noe ulikt. Helse Sør og Helse Midt har i langt større grad enn de tre resterende regionene rekruttert personer

med erfaring fra denne type organisasjoner innenfor helsesektoren. Dette sammenfaller klart med mine forventinger ut fra dette perspektivet. Opprettholdelsen av tidligere partsrepresentasjon i styrene er i mye større grad vektlagt hos disse to regionene sammenlignet med de tre andre. Radikale endringsprosesser som medfører bortgang fra parts sammensetning i sykehusstyrene, har altså ikke fått like stor tyngde i alle regionene. Når det gjelder kompetanse fra denne interesse/ frivillige organisasjoner utenfor helsesektoren, finner vi derimot ingen signifikante forskjeller mellom regionene. Forskjeller som perspektivet åpner for, er ikke til stede. Det samme gjelder også andel representanter med medlemskap i politiske parti. Alle regioner har et visst innslag av personer med slikt medlemskap. For tillitsverv i politiske parti er situasjonen noe annerledes. Andelen aktive politikere er vesentlig høyere i Helse Midt enn i de andre regionene. Førstnevnte region har dermed vært langt mer åpen for å rekruttere aktive politikere til sine styrer. En slik praksis er klart forenelig med forventingene ut fra dette perspektivet, da jeg her åpner for at tidligere rekrutteringsmønster til en viss grad opprettholdes i enkelte regioner fremfor andre. Her tenkes det spesielt på at tidligere rekruttering til sykehusstyrer i stor grad ble gjort fra politiske organer.

4.5 Ansatte representanter

Styremedlemmer rekruttert blant de ansatte presenterer både likheter og ulikheter i forhold til de ordinære styremedlemmene. Deres sosiale bakgrunn viser en noe jevnere fordeling mellom menn og kvinner, og dessuten kan disse representantene vise til en mer variert alderssammensetning enn hva man finner blant ordinære representanter. Kvinner er derfor i større utstrekning rekruttert gjennom ansattes kvoteringer, og er med sine mannlige kollegaer i snitt en del yngre enn de ordinære styremedlemmene. De ansatte representantene ivaretar også kravet om lokal forankring ettersom de er rekruttert fra egen virksomhet. Når det gjelder utdanning, skiller de seg fra de ordinære styremedlemmer ved at langt flere har helsefaglig utdanningsbakgrunn. Profesjoner som tradisjonelt har stått sterkt i helsesektoren er altså representert i foretaksstyrene gjennom denne type kvoteringer, og kan derfor fortsatt ha mulighet til å utøve en viss påvirkning på styrenes arbeid. En annen sentral tendens ved utdanningsmønsteret, er at det er langt færre økonomer blant ansatte representanter. Dette betyr at personer med denne type bakgrunn i all hovedsak er rekruttert eksternt.

Som en naturlig følge av at ansatte representanter rekrutteres fra egne rekker, har langt flere av disse sitt daglige virke innenfor offentlig helsesektor enn hva de ordinære

styremedlemmene har. Sett under ett, er derfor kompetanse fra helsesektoren godt representert i foretaksstyrene. I denne sammenheng er det interessant å registrere at blant ansatte representanter finnes langt flere personer som på et eller annet tidspunkt har hatt tillitsverv innen en interesseorganisasjon tilknyttet helsesektoren. Overgangen fra partssammensatte til profesjonellsammensatte styrever har dermed gitt interesseorganisasjoner fra egens sektor en mulig påvirkningskraft gjennom ansattes kvoteringer. Ansatte representanters erfaring fra topplederstillinger er imidlertid langt mindre enn blant de ordinære medlemmene. Forholdet er noe jevner på mellomledernivå, mens personer uten lederstilling forekommer langt hyppigere blant de som er valgt gjennom ansattes kvoteringer. Dette betyr at disse representantene er rekruttert til foretaksstyrene fra et bredt spekter av organisasjonshierarkiet i sykehusene. Deres erfaring fra andre styrever er imidlertid ikke like omfattende som blant ordinære representanter. De har sittet i færre styrever og har langt mindre kompetanse fra styrever innenfor private virksomheter.

Det politiske engasjementet hos ansatte representanter er også noe lavere enn blant andre styremedlemmer. Medlemskap og tillitsverv i politiske parti forekommer sjeldnere hos disse representantene. Likevel kan de i likhet med ordinære styremedlemmer vise til et langt større politisk aktivitetsnivå enn hva som er tilfelle for gjennomsnittet i den norske befolkning. Man kan derfor ikke utelukke at erfaring fra politikken kan ha vært viktig for å bli valgt inn i foretaksstyrene også gjennom ansattes kvoteringer.

Alt i alt representerer de ansatte styremedlemmene en variert bakgrunn, hovedsakelig med basis fra helsesektoren. Deres erfaring fra ledelse og styrever er noe mer begrenset enn hva man finner hos ordinære styremedlemmer. Dette kan sees i sammenheng med at de har en litt annen funksjon i styrene utover de rent styringsmessige, nemlig det å ivareta ansattes interesser.

4.6 Oppsummering

På bakgrunn av gjennomgangen av foretaksstyrenes sammensetning kan man vanskelig danne seg et bilde av det ”typiske” styremedlem i helseforetak. Styrene har i det store og det hele en variert sammensetning på de fleste områder. Den typiske ”mann i femtiårene” som tradisjonelt har dominert norske styrever uansett virksomhet, finnes det også spor av i foretaksstyrene. Menn i femtiårene utgjør en vesentlig del av representantene. Likevel har det blitt tatt klare hensyn til likestillingslovens krav om 40 % kvinner i styrene. Foretaksstyrene

skiller seg derfor klart fra mange styrer i det private næringsliv. Videre kommer det klart frem av styresammensetningen at helseforetakslovens krav til lokal forankring har stått sentralt under utvelgelsen. Det at kun et fåtall av styremedlemmene ikke har slik forankring, viser at kompetanse om lokale forhold foreligger i stor utstrekning.

Den varierende profesjonsbakgrunnen som styrerepresentantene kan vise til, gir klare indikasjoner om at vektlegging av ”bredde” i styrene har hatt sterk fokus. Dette klart i samsvar med Tore Tønnes ønske, der styrene skulle settes sammen av personer som ikke skulle være ”kloninger” av hverandre (Intervju Flatø). Mange ulike profesjonsgrupper er representert, med økonomer og medisinere som de største grupperingene. Ingen av disse har imidlertid en dominerende stilling, noe som tilsier at frykten for at spesielt økonomer ville dominere foretaksstyrene ikke var helt berettiget (Motmeldning 2 av 28 april 2001). Det viser seg dessuten også at medisinere fortsatt har en viss innflytelse i sykehusstyrene etter foretaksorganiseringen, klart i tråd med hva Legeforeningen ønsket. Videre forsterkes blide av bredt sammensatte styrer av den virksomhetstilknyttingen som finnes blant styremedlemmene. Kompetanse fra både offentlige og private virksomheter, samt egen sektor er godt representert i styrene. Det samme gjelder også til en viss grad erfaring fra tidligere sykehusstyrer.

Den markante andelen styremedlemmer med ledererfaring viser at man ikke bare har prioritert slik kompetanse høyt under rekrutteringen, men at man også i høyeste grad har lyktes med å hente inn bred ledelseskompetanse til foretaksstyrene. Overgangen til profesjonelle styrer kan derfor på mange måter sies å ha gitt sykehusene tilgang på formell ledelseskompetanse fra et variert spekter av virksomheter. Det at flertallet av styremedlemmene har et eller flere sentrale lederverv ved siden av sitt styreverv i helseforetak, viser at oppdatert kunnskap fra et vidt spekter av ledelse nå finnes i styrene.

Innføringen av profesjonelt valgte styrer kom som et resultat av at man ønsket å redusere den politiske detaljstyringen i sykehusene. Det er derfor noe oppsiktsvekkende at så mange som 44 % av styremedlemmene har på ett eller annet tidspunkt hatt verv i et politisk parti. Erfaring fra politisk arbeid kan derfor for flere ha vært en viktig innfallsport til foretaksstyrene. Dette strider således mot ønske om å få politikerne bort fra detaljstyringen i sykehusene. Selv om mange av de med politisk bakgrunn ikke lengre er aktive i politikken, vil det være naturlig at deres tidligere tette bånd til politiske partier kan legge føringer på hvordan de vil utøve sitt

styringsembete. Muligheten for politisk fargede konflikter (Andersland 1990), som man med profesjonalisering av styrene ville forsøke å unngå, kan derfor fortsatt forekomme med den styresammensetningen som nå foreligger. Det samme gjelder også til en viss grad i forhold til det at mange representanter har bakgrunn fra forskjellige interesseorganisasjoner, som ikke nødvendigvis til en hver tid har sammenfallende interesser.

Styresammensetningene på de to ulike foretaknivåene har klare likhetstrekk. Regionale styremedlemmer er imidlertid i snitt noe eldre enn sine kollegaer på lokalt nivå, ellers er skillene mellom sammensetningene på de to nivåene svært begrenset. Linjen som daværende helseminister Tore Tønne la seg på i forhold til utvelgelse av representanter på regionalt nivå, kan derfor se ut til å ha blitt videreført i stor grad i de lokale foretaksstyrene. Begge steder er styrene satt sammen på et bredt grunnlag, vel å merke med mange med bakgrunn fra politikk. Når det gjelder forholdet mellom de fem regionene, kommer det imidlertid frem enkelte forskjeller. Dette gjelder blant annet i forhold til av kravet om lokal forankring, som ikke har blitt fulgt like godt opp i Helse Øst og Helse Sør sammenlignet med de tre resterende regionene. Et annet skille finnes i Helse Vest, der man i langt større grad har valgt å rekruttere styremedlemmer fra offentlig helsesektor fremfor annen offentlig virksomhet. I de andre fire regionene er tendensen motsatt, med vektlegging av erfaring fra annen offentlig virksomhet fremfor den fra tilhørende helsesektor. Et tredje skille gjelder ansienniteten hos dem som har blitt rekruttert fra helsesektoren. Lang erfaring har blitt sett på som langt viktigere i Helse Øst, Helse Vest og Helse Midt enn hos de andre regionene. Det å kunne vise til et betydelig antall år innen helse vært like viktig har dermed ikke vært like viktig i alle regioner. Et fjerde skille gjelder vektleggingen av å ha erfaring fra andre styrer. Helse Sør og Helse Øst har stilt klare krav til slik erfaring, mens de tre andre regionene har vært mer åpne for å rekruttere personer uten slik erfaring. Hvor styremedlemmene har sin styreefaring fra, varierer også noe. I Helse Øst og Helse Nord har man hentet inn færre representanter med erfaring fra styrer i private virksomheter, sammenlignet med de tre resterende regionene. Dette valget kan selvsagt være bevisst, eller det kan komme som følge av mangel på kandidater med slik bakgrunn.

Andre skiller kommer også frem i forhold til i hvilken grad man har valgt å rekruttere personer med bakgrunn fra interesse/ frivillige organisasjoner, og hvorvidt man har rekruttert personer med politisk bakgrunn. Helse Sør og Helse Midt har rekruttert langt flere styremedlemmer med bakgrunn fra interesse / frivillige organisasjoner innenfor helsesektoren enn de tre andre regionene. Deler av styrene i disse regionene har derfor visse likhetstrekk

med de tidligere partsammensatte sykehusstyrene, der slike organisasjoner ofte var godt representert. Helse Midt har i tillegg et annet likhetstrekk til de parts- sammensatte styrene som skiller den regionen fra de fire andre. De har valgt å rekruttere langt flere aktive politikere til sine styrer, dette da på tross av at styrene nå skulle være satt sammen på et profesjonelt grunnlag. Rekrutteringspraksisen som har blitt ført i forhold til styremedlemmer i denne regionen, ligger derfor tette opp til tidligere praksis i fylkeskommunale sykehusstyrer.

5 Rekrutteringskriterier for administrerende direktør

I ”pasienten først” (NOU 1997:2) snakkes det om viktigheten av å ikke kun fokusere på strukturmessige aspekter for å oppnå tilfredsstillende ledelse av sykehus, men at det også må fokuseres på holdninger hos ledere. Etter å ha dannet seg et bilde av de som nå sitter i de profesjonelle foretaksstyrene, vil jeg nå se på hvordan styrerepresentantene forholder seg til ni utvalgte rekrutteringskriterier for direktører. Disse kriteriene er følgende: *Utdanning, yrkeserfaring fra helsesektoren, yrkeserfaring fra offentlig sektor for øvrig, yrkeserfaring fra privat sektor for øvrig, resultater i tidligere stillinger, ledererfaring, lokal forankring, politisk erfaring og kjønn*. Sentralt ved denne gjennomgangen vil være om kriteriene for rekruttering av direktører vurderes ulikt på de to foretaksnivåene eller mellom de fem regionene. Det vil også rettes søkelys mot hvorvidt ulike bakgrunnstrekk ved styrerepresentantene påvirker synet på de nevnte rekrutteringskriteriene. Viktige spørsmål i denne sammenheng vil blant annet være om menn og kvinner, personer med ulik profesjons- eller virksomhetstilknutting, vurderer de undersøkte kriteriene ulikt. Før den empiriske gjennomgangen vil det bli utledet forventinger fra valgte teoretisk tilnærming, som deretter tolkes i slutten av kapittelet.

5.1 Forventinger ut fra et rasjonelt - instrumentelt perspektiv

Ut fra et instrumentelt - rasjonelt perspektiv vil holdningene styrerepresentantene har til egenskaper ved direktører bli påvirket av kompetansekrav utledet fra den politiske ledelse. Disse kravene er blant annet utformet i ”Pasienten først” (NOU 1997:2), og gjennom standardiserte stillingsannonser for regionale direktører (vedlegg 3). Kravene omhandler i generelle trekk vektlegging av personlige egenskaper, relevant ledererfaring, formell lederkompetanse og omstillingsevne (BT 04.10.2001; Pressemelding Helse Nord 29.01.2003). I dette perspektivet vil disse kravene stå som viktige forutsetninger for å kunne rangere de ulike egenskapene ved administrerende direktør. Rangeringen vil i lys av dette perspektivet kunne si noe om hvilke egenskaper styremedlemmene setter høyest i forhold til målsettingene om best mulig daglig ledelse av helseforetakene. Videre forventes det at sammensetningen av styrene har betydning for styrerepresentantenes holdninger til direktører. Profesjonelle styrer forventes å vektlegge profesjonelle trekk ved direktørstillingen. Styremedlemmenes utdanning, virksomhetstilknutting, profesjonalitet, politiske og organisasjonsmessige tilhørighet vil altså her forventes å kunne påvirke den enkelte styrerepresentants holdninger i forhold til målte egenskaper ved direktør. Selve rangeringen blir gjort på grunnlag av en teknisk nøytral vurdering. Egenskapene som blir rangert høyest, blir her sett på som viktige

verktøy for å nå de målene som er satt for ledelse av helseforetakene. Forskjeller mellom foretaksnivåene og mellom regionene vil her kunne oppstå som følge av at styrene i de enkelte helseforetakene selv kan utforme mer konkrete kompetansekrav til egne administrerende direktører⁶. Vektleggingen av undersøkte egenskaper vil derfor kunne variere som følge av ulikt syn på hva som blir sett på som viktig for en god leder i det aktuelle helseforetak som styremedlemmene tilhører.

5.2 Forventinger ut fra et institusjonelt perspektiv

Sykehussektoren er i følge dette perspektivet et kulturelt system som bærer med seg verdier og identiteter. De tilpasser seg ikke automatisk til forsøk på innblanding og endringer. Holdninger til egenskaper ved direktører vil ikke nødvendigvis endres som følge av sykehusreformen, men utvikler seg over tid gjennom en ”naturlig” prosess. Det institusjonelle perspektivet åpner derfor for at holdningene styrerepresentantene har til egenskaper ved administrerende direktører ikke bare preges av formelle politiske målsettinger, men også av det enkelte styremedlems bakgrunn og tilhørighet. Følgelig kan styremedlemmer som representerer sterke profesjoner fra helsesektoren, samt representanter med bakgrunn fra offentlig forvaltning, ha et annet syn på hvilke egenskaper som bør prioriteres hos administrerende direktør, enn hva styremedlemmer som verken har tilhørighet til helsesektoren eller annen offentlig forvaltning har. Ulike normer og ulik kultur for ledelse blant profesjoner, sektorer og virksomheter kan gjennom dette perspektivet skape ulike oppfatninger av hvilke egenskaper som er viktig for topplederstillingen i helseforetak. Det samme gjelder for styrerepresentanter med og uten erfaring fra politisk arbeid.

Det institusjonelle perspektiv åpner også for visse forskjeller mellom foretaksnivåene og regionene. Regionale foretak kan i større grad bli påvirket av sin nærhet til eierdepartementet, noe som kan gi utslag i større fokus på erfaring fra offentlig forvaltning og politisk arbeid. Når det gjelder regionene imellom, kan politiske målsettinger tilknyttet direktører få ulik

⁶ Ledelse i sykehus: (Rundskriv Helsedepartementet: ledelse i sykehus 28.august 2002) presisering av uklarheter:Helseforetaksloven§3-9: *”I lovgivningen er det overlatt eier å fastsette kvalifikasjonskrav. At loven er profesjonsnøytral innebærer ikke at eier skal la være å stille kvalifikasjonskrav. Eier må nøye vurdere hvilke krav som må stilles ut fra virksomhetens karakter”*.

gjennomslagskraft. Dette kan medføre variasjoner i forhold til hvilke egenskaper som blir sett på som viktige i de ulike regionene.

5.3 Styrerepresentantenes holdninger til ulike rekrutteringskriterier for direktører

Den empiriske gjennomgangen er utledet fra følgende spørsmål stilt til alle styremedlemmer i helseforetak: ”Hvordan vil du vektlegge hver av følgende egenskaper ved ansettelse av administrerende direktør i ditt helseforetak? Hvor enig eller uenig er du i forhold til disse egenskapene”.

Svaralternativene var `svært liten vekt` (1), `nokså liten vekt` (2), `en del vekt` (3), `nokså stor vekt` (4) og `svært stor vekt` (5). I tabellene som nå blir presentert, gjengis den gjennomsnittlige vurderingen av hvert enkelt spørsmål.

Tabell 5.1 Styremedlemmenes oppfatning av følgende rekrutteringskriterier for direktør rangert samlet og etter foretaksnivå

Rekrutteringskriterier for direktør	Regionale styrer	Lokale styrer	Samlet styrer	Sig. foretaksnivå
Resultater i tidligere stillinger	4,9	4,8	4,8	,24
Ledererfaring	4,8	4,8	4,8	,32
Utdanning	4,0	4,0	4,0	,77
Yrkeserfaring fra helsesektoren	3,4	3,7	3,7	,25
Yrkeserfaring fra privat sektor for øvrig	3,3	3,3	3,3	,51
Yrkeserfaring fra off. sektor for øvrig	3,4	2,9	3,0	,01
Lokal forankring	2,3	2,7	2,7	,16
Politisk erfaring	2,7	2,4	2,5	,24
Kjønn	1,5	1,7	1,7	,91
(N)= gj.snitt	(21)	(101,3)	(122,3)	

Tabell 5.1 viser at blant de samlede verdiene blir resultater i tidligere stillinger og ledererfaring sett på som klart viktigst av de målte kriteriene. I tillegg har utdanning en viss betydning, samt erfaring fra helsesektoren og annen privat virksomhet. Det er verdt å merke seg at kjønn ser nærmest ut til å være irrelevant, og at politisk erfaring og lokal forankring betyr nokså lite for rekruttering av administrerende direktører. Sett på bakgrunn av styresammensetningen i foretakene som viste at flertallet av styremedlemmene har bred lederkompetanse, viser holdningsmønsteret at kriterier knyttet til formell ledelseskompentanse står sentralt både i styrene og hos direktørene. Prioritering av lederegenskaper hos direktør samsvarer godt med forskning rettet mot topplederrekruttering i staten generelt (Storvik 2001: 40). Den tilnærmede likevekten mellom styremedlemmer fra offentlig og privat virksomhet har også gitt en nokså lik vektlegging av erfaring fra disse to virksomhetsområdene. Et annet viktig poeng er at den noe overraskende andelen av styremedlemmer med politisk erfaring som kom frem av styresammensetningen, ikke gir seg utslag i særlig stor grad i vektlegging av politisk erfaring hos administrerende direktør. Vurderingen av kriteriene er stort sett er de samme på begge foretaksnivåene, bortsett fra når det gjelder viktigheten av å ha erfaring fra annen offentlig virksomhet. Styrerepresentanter i regionale foretak vektlegger slik erfaring noe mer enn representanter i lokale foretak. Tettere bånd til eierdepartementet gjør det sannsynligvis mer ønskelig med kompetanse fra annen offentlig virksomhet hos direktører på øverste foretaksnivå.

5.3.1 Sammenhenger mellom styremedlemmenes vektlegging av de ulike kriteriene

Etter å ha gått gjennom den samlede gruppe av styrerepresentanter sine holdninger, samt holdninger på de ulike foretaksnivåene, kan det være interessant å se på sammenhenger mellom vektlegging av de ulike egenskapene.

Tabell 5.2 Sammenhengen mellom holdningene hos styremedlemmene (N= 123) i helseforetak til de ulike rekrutteringskriteriene for direktør. (Signifikante sammenhenger ($P < 0,05$) i fet skrift type)

Spearmans rho korrelasjon	Utdanning	Yrkeserfaring helsesektoren	Yrkeserfaring off sektor for øvrig	Yrkeserfaring privat sektor for øvrig	Resultater tidligere stillinger	Ledererfaring	Lokal forankring	Politisk erfaring
Yrkeserfaring helsesektoren	0,33							
Yrkeserfaring off sektor for øvrig	0,08	0,26						
Yrkeserfaring privat sektor for øvrig	0,06	-0,13	0,18					
Resultater tidligere stillinger	0,21	0,10	0,13	0,18				
Ledererfaring	0,02	-0,06	0,11	0,09	0,10			
Lokal forankring	0,07	0,13	0,13	0,12	0,09	0,04		
Politisk erfaring	-0,01	0,16	0,35	0,07	0,03	-0,08	0,26	
Kjønn	-0,12	-0,12	-0,03	-0,15	-0,02	-0,02	0,13	0,11

I tabell 5.2 ovenfor ser vi at det finnes en sammenheng mellom hvordan styremedlemmene vektlegger enkelte av rekrutteringskriteriene for direktør. Representanter som vektlegger yrkeserfaring fra helsesektoren, er også opptatt av utdanning og erfaring fra annen offentlig virksomhet. I tillegg ser vi at de styremedlemmene som vektlegger politisk erfaring samtidig vektlegger erfaring fra offentlig virksomhet og lokal forankring. Denne type holdningsmønster gir klare assosiasjoner til at man vektlegger kriterier som også tidligere sykehusdirektører har blitt rekruttert ut fra (Sjøborg 1998). Her tenkes det spesielt på at man har erfaring fra egen sektor eller annen offentlig virksomhet. Den siste sammenhengen finner vi mellom vektlegging av utdanning og resultater i tidligere stillinger, en sammenheng som ikke helt inngår i mønsteret som dannes av de andre egenskapene. Sykehusreformens økte fokus på resultatorientering og lederkompetanse kan ha gitt utslag i et slikt holdningsmønster

i forbindelse med sistnevnte egenskaper. Det kan også være verdt å merke seg at vektlegging av ledererfaring og kjønn ikke viser sammenheng med noen av de andre egenskapene.

Holdningsmønsteret viser enkelte forskjeller når vi ser på de to foretaksnivåene hver for seg (Vedlegg 4 tabell 5.3 og 5.5). Hos de regionale styremedlemmene finner vi kun en sterk sammenheng mellom yrkeserfaring fra helsesektoren og yrkeserfaring fra offentlig sektor for øvrig, samt en sterk negativ sammenheng mellom kjønn og resultater i tidligere stillinger. Erfaring fra helse og offentlig virksomhet blir her vektlagt sammen, mens vektlegging av kjønn på ingen måte kan sees i sammenheng med vektlegging av resultater i tidligere stillinger. Holdningsmønsteret hos lokale styremedlemmer viser i likhet med på regionalt nivå en sammenheng mellom vektlegging av yrkeserfaring fra helsesektoren og yrkeserfaring fra offentlig sektor for øvrig. Her er imidlertid denne sammenhengen noe svakere. På dette nivået finner vi derimot ikke den negative sammenhengen mellom kjønn og resultater i tidligere stillinger. Vektlegging av kjønn blir ikke gjort på bekostning av resultater i tidligere stillinger, slik som er tilfelle på regionalt foretaksnivå. Videre finner vi et tilnærmet likt mønster hos de lokale representantene som hos de regionale. Dette utgår av den samlede populasjon i tabell 5.2, til tross for enkelte andre påviste sammenhenger som kun forekommer på lokalt nivå. Dette gjelder sammenheng mellom vektlegging av erfaring fra offentlig sektor for øvrig og lokal forankring, mellom kjønn og lokal forankring, samt mellom resultater i tidligere stillinger og yrkeserfaring fra annen privat virksomhet. Lokale styremedlemmer som vektlegger lokal forankring er dermed mer opptatt av å vektlegge erfaring fra offentlig sektor for øvrig og kjønn, enn sine kollegaer på regionalt nivå. Det samme gjelder for sammenhengen mellom resultater i tidligere stillinger og erfaring fra privat sektor, da lokale styremedlemmer i større grad ser viktigheten av denne type kriterier hos direktør.

Tabell 5.5 Regionale forskjeller mellom sammenhengen av rekrutteringskriteriene

Vektlegging av egenskaper ved adm. Direktør	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Sig. Region
Utdanning	3,8	4,2	3,9	4,1	3,9	,06
Yrkeserfaring fra helsesektoren	3,3	4,2	3,5	3,5	3,8	,01
Yrkeserfaring fra off. sektor for øvrig	2,9	3,2	3,1	2,7	2,9	,74
Yrkeserfaring fra privat sektor for øvrig	3,2	3,4	3,4	3,4	2,9	,45
Resultater i tidligere stillinger	4,7	5,0	4,8	4,9	4,7	,11
Ledererfaring	4,8	4,9	4,7	4,8	4,7	,25
Lokal forankring	2,4	2,3	3,2	2,8	3,0	,01
Politisk erfaring	2,6	2,6	2,4	2,1	2,4	,51
Kjønn	1,5	1,8	1,7	1,8	1,7	,94
N= gj.snitt	(32)	(32,9)	(18)	(20)	(19,4)	

Hvordan styremedlemmene i de fem ulike regionene oppfatter rekrutteringskriteriene for direktører varierer på to områder. Yrkeserfaring fra helsesektoren blir klart sett på som viktigst i Helse Øst, der en slik egenskap blir sett på som nokså viktig i motsetning til i de fire andre regionene der en slik egenskap kun ilegges noe vekt. En slik tendens kan sees i sammenheng med at mange av styrerepresentantene i Helse Øst har et betydelig antall år bak seg fra helsesektoren. Visse forskjeller finnes også i forhold til å vurdere viktigheten av lokal forankring. I regionene Helse Vest og Helse Nord der lokal forankring stod sterkt i styrene, legges det en del vekt på lokal forankring hos direktør. I de tre andre regionene blir derimot slik forankring sett på som mindre viktig.

5.3.2 Betydningen av sosial bakgrunn

Styremedlemmenes sosiale bakgrunn påvirker vektleggingen av de ulike rekrutteringskriteriene for direktør på enkelte områder (Vedlegg 4 tabell 5.6 og 5.7). Forskjeller fremkommer blant annet mellom representantenes vektlegging av kjønn. Kvinner er noe mer opptatt av direktørs kjønn enn hva menn. Forskjellen er ikke betydelig, men likevel interessant med tanke på de senere års fokus på å få kvinner inn i ledende stillinger i samfunnet. Ved å sikre kvinner en viss representasjon i styrene, skulle det derfor på bakgrunn av et slikt funn kunne åpne seg muligheter for flere kvinnelige direktører. Selv om slike muligheter skulle være tilstede, er det viktig å påpeke at kjønn uansett er den minst vektlagt egenskapen ved direktører både hos kvinner og menn. Ser man betydningen av kjønn hos direktør i forhold til hvorvidt styremedlemmene er over eller under 50 år, finner man en enda mer marginal, men likevel signifikant forskjell. Den begrensede andelen styrerepresentanter som er under 50 år er litt mer opptatt av direktørs kjønn, selv om en slik egenskap i det store og det hele har liten relevans for rekrutteringen.

Styremedlemmenes utdanningsbakgrunn påvirker klart holdningene til viktigheten av erfaring fra privat sektor hos direktørene. Representanter uten helsefaglig utdanningsbakgrunn legger en del vekt på erfaring fra privat sektor, mens representanter med helsefaglig utdanningsbakgrunn mener slik erfaring er mindre viktig. Om en ser på de to største utdanningsgrupperingene (Økonomer og medisinere) forsterkes denne tendensen. Økonomer er langt mer opptatt av erfaring fra privat sektor, og oppgir at de ilegger slik kompetanse en del vekt. Hos medisinere blir derimot slik erfaring sett på som mindre viktig.

Styremedlemmer som representerer de to overnevnte profesjonene, er altså etter alt å dømme klart farget av sitt faglige ståsted når det gjelder holdningen til erfaring fra privat virksomhet. Utdanningsbakgrunn gir dermed en viss indikasjon på representantenes åpenhet i forhold til den kanskje mest kontroversielle egenskapen hos direktørene, nemlig deres forhold til den mer "bedriftsrettede" private sektor.

5.3.3 Betydningen av virksomhets- og sektortilknytting

I likhet med styremedlemmes utdanningsbakgrunn, er deres virksomhetstilknytting med på å påvirke holdningene til erfaring fra privat sektor for øvrig (Vedlegg 4 tabell 5.7). De representantene som selv kommer fra privat virksomhet er mer opptatt av at direktør bør ha kompetanse fra slik virksomhet, enn representanter som kommer fra offentlig virksomhet.

Begge grupperinger ilegger erfaring fra privat sektor en del vekt, men vektleggingen av slik kompetanse er likevel sterkest hos representanter fra det private. Forskjellene i vektlegging av kompetanse fra privat sektor fremkommer også mellom styremedlemmer fra helsesektoren og styremedlemmer fra andre sektorer. Her er forskjellene i tillegg noe større. Representanter som ikke er direkte tilknyttet helsesektoren utover styreverv i helseforetak, legger en del vekt på erfaring fra privat sektor. De representantene som kommer fra helsesektoren er mindre opptatt av slik kompetanse, og karakteriserer den som mindre viktig. Tendensen viser altså at både virksomhets- og sektortilknytting er med på å påvirke holdninger til erfaring fra privat sektor.

5.3.4 Betydningen av profesjonalitet

Styrerrepresentantene sin profesjonalitet i form av kompetanse fra ledelse og styreverv påvirker holdningene i forhold til to av de undersøkte egenskapene (Vedlegg 4 tabell 5.8). Representanter med og uten ledererfaring legger nokså stor vekt på ledererfaring hos direktør, mens styremedlemmer med ledelseserfaring er noe mer opptatt av ledelseskompetanse enn de som ikke er innehaver av slik erfaring. Når det gjelder skille mellom representanter som har eller ikke har styreverv, finner vi derimot en annen type forskjell. Styremedlemmer med styrerfaring er mer opptatt av at direktør kan vise til resultater i tidligere stillinger. Både personer med og uten styrerfaring mener slik erfaring bør ilegges nokså stor vekt, men et lite skille finnes likevel siden de med styreerfaring er noe mer opptatt av direktørs tidligere resultater. Om vi ser på antall styreverv sin påvirkning i forhold til en slik egenskap, finner vi derimot ingen forskjeller. Representanter som er innehavere av over fem styreverv i tillegg til verv i helseforetak, vektlegger resultater i tidligere stillinger like sterkt som representanter med fem verv eller mindre. Aktivitetsnivået i andre styrer ser dermed ikke ut til å ha særlig innvirkning på vektleggingen av denne type resultater.

5.3.5 Betydningen av tilknytting til politikk og interesse/ frivillige organisasjoner

De representantene som på et eller annet tidspunkt har vært innehavere av tillitsverv eller medlemskap i politiske parti, er mer opptatt av politisk erfaring hos direktører enn personer som ikke har hatt slik politisk tilknytting (Vedlegg 4 tabell 5.9). Når det gjelder erfaring fra øvrig privat sektor finner vi noen oppsiktsvekkende forskjeller mellom representanter som har eller har hatt tillitsverv i politisk parti og representanter som aldri har hatt slike verv. Personer med denne type politisk erfaring er noe mer opptatt av viktigheten av erfaring fra annen privat virksomhet. Fokus på lederskap i sykehusreformen kan altså ha gitt økt bevissthet om slik

kompetanse i politiske miljøer. Forskjeller i vektlegging av kompetanse fra privat sektor finner vi også mellom personer som har eller har hatt tillitsverv i interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren, sammenlignet med representanter som ikke har hatt tilknytting til slike organisasjoner. Førstnevnte vektlegger erfaring fra annen privat virksomhet noe mindre enn personer uten tilknytting til denne type organisasjoner. Når det gjelder utdanning finner vi også forskjeller mellom disse to grupperingene. De som har bakgrunn fra interesseorganisasjoner i helsesektoren er noe mer opptatt av direktørens utdanningsbakgrunn, enn de uten denne type erfaring.

5.4 Tolking i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Vurderingene styremedlemmene har foretatt, viser at det er to egenskaper som skiller seg ut som de viktigste. Resultater i tidligere stillinger og ledererfaring er de egenskapene styrerepresentantene klart setter høyest, da disse blir karakterisert som ”nokså viktige” hos administrerende direktør. Et slikt holdningsmønster vil ut fra dette perspektivet kunne sees i sammenheng med uttalelser fra Helsedepartementet i rapporten ”*Sykehusreformen – noen eierperspektiv*” fra 2001, der det gis et klart uttrykk for at en som følge av sykehusreformen skal få et ”*større fokus på ledelseskompetanse på alle nivåer*”. Vektleggingen av de overnevnte egenskapene vil her kunne forklares med sykehusreformens økte fokus på ledelse og resultatforbedringer i styringen av sykehusene i Norge, og gir derfor en styrket forklaringskraft til dette perspektivet.

Direktørens profesjonsbakgrunn blir også sett på som viktig av styrerepresentantene, selv om denne type egenskap ikke kan direkte knyttes opp til sykehusreformen sitt ønske om større ledelseskompetanse. Verken Helseforetaksloven eller andre vedtekter stiller krav til direktørens profesjonsbakgrunn. Krav til en slik egenskap er kun knyttet til lavere nivå i organisasjonen der pasientrelasjonene er tettere (NOU 1997:2:15). Likevel har dette perspektivet en viss forklaringskraft som følge av ”profesjonaliseringen” av foretaksstyrene. Styremedlemmene representerer ulike kompetanser som samlet skal legges til rette for rasjonell ledelse av foretakene. Den sterke vektleggingen av utdanning vil derfor her kunne forklares med at styremedlemmene i kraft av sin egen kompetanse vektlegger utdanning som en viktig egenskap hos administrerende direktør. Etter Helseforetaksloven § 3-9 skal direktørstillingen utlyses profesjonsnøytralt, noe som gir styrene mulighet til selv å fastsette kvalifikasjonskrav til lederne ut fra egen virksomhets karakter. Vektlegging av denne type egenskap kan derfor bli gjort på selvstendig grunnlag i det enkelte styret. Styremedlemmene vil da i lys av dette

perspektivet se på direktørens utdanning som et viktig redskap for å nå de overordnede målsettingene i sykehusreformen, nemlig en mer effektiv og rasjonell ledelse av norske sykehus.

I likhet med utdanningsbakgrunn, vil vektleggingen av erfaring fra ulike sektorer her måtte sees i lys av friheten styrene selv har til å danne egne kvalifikasjonskrav til direktør. Det at den samlede populasjon av styrerepresentanter legger en del vekt på erfaring fra helse, offentlig og privat virksomhet, vil ut fra dette perspektivet komme som følge av at de ser på erfaring fra ulike typer sektorer og virksomheter som relevant for å oppnå gode resultater som administrerende direktør i helseforetak. Vurderingene styret gjør av denne type kompetanse blir gjort på bakgrunn av de mål staten har satt for driften av helseforetaket. Det at lokal forankring og politisk erfaring blir sett på som mindre viktig, vil her komme som en konsekvens av at disse egenskapene ikke berører verken spesifikke krav til direktørstillingen eller mer ”profesjonelle” krav som det nå stilles til lederne i helseforetakene. Det sammen gjelder for den klart minst vektlagt egenskapen, nemlig kjønn, som i motsetning til hos styrene ikke er underlagt spesifikke kvoteringsregler.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Styremedlemmene på begge nivå har nokså like holdninger til egenskaper ved direktørene. Skillet går hovedsakelig når det gjelder vurderingen av viktigheten av yrkeserfaring fra annen offentlig virksomhet. Fra et rasjonelt - instrumentelt perspektiv vil et tilnærmet likt holdningsmønster forklares med at det er konsensus rundt hvilke egenskaper en direktør i helseforetak trenger, for å ivareta målsettingene bak sykehusreformen. Presiseringene om at sykehusreformen ikke bare er en eierskapsreform, men også en lederskapsreform, farger styremedlemmes holdninger til direktører på begge nivå. Resultater fra tidligere stillinger og ledererfaring blir av den grunn sett på som de viktigste egenskapene begge steder. Dette kan sees som ett resultat av at representantene er pålagt å vektlegge denne type egenskaper. Forskjellen som fremkommer i vektlegging av kompetanse fra annen offentlig virksomhet, vil her forklares ut fra de friheter helseforetaksloven gir i forhold til kvalifikasjonskrav hos administrerende direktører. Styrene på de to ulike foretaksnivåene gjør selv vurderinger for best å kunne utføre de oppgaver de er satt til å utføre.

Korrelasjonsanalysen viste at det er sammenheng mellom vektlegging av yrkeserfaring fra offentlig sektor og vektlegging av yrkeserfaring fra helsesektoren på begge foretaksnivå. Ut

fra dette perspektivet kan en slik tendens ha sammenheng med at helseforetakene har tilknytning til begge deler. Derfor vurderes erfaring fra både offentlig virksomhet generelt og offentlig helsesektor som relevant hos direktør. Styremedlemmene ser sammenhenger mellom det å ha tilegnet seg erfaring fra begge disse sektorene, og det å kunne lykkes som toppleder i et helseforetak. Videre påviste korrelasjonsanalysen at enkelte sammenhenger mellom egenskapene kun forekommer på ett av nivåene. Et negativ samsvar mellom vektlegging av kjønn og resultater i tidligere stillinger finnes bare på regionalt nivå. På lokalt nivå derimot, finnes det samsvar mellom holdninger til tradisjonelt viktige egenskaper innenfor helsesektoren. Disse sammenhengene er tilknyttet vektlegging av erfaring fra offentlig sektor for øvrig, lokal forankring og politisk erfaring, samt resultater i tidligere stillinger og erfaring fra privat sektor for øvrig. Ulikhetene i holdningsmønster vil ut fra dette perspektivet forklare på bakgrunn av at representantene på de to nivåene har forskjellig oppfatning av hvilke kombinasjoner av egenskaper som er viktig for best mulig gjennomføring av de oppgaver direktør blir satt til å utføre. Vurderingen av egne behov avgjør holdningsmønsteret.

Forholdet mellom regionene

I likhet med forholdet mellom regionalt og lokalt foretaksnivå, viser holdningene i de fem ulike regionene seg å være relativt like i forhold til de fleste av de undersøkte egenskapene. Forskjellene som fremkommer er knyttet til vurderingen av yrkeserfaring fra helsesektoren og lokal forankring. Styremedlemmer i Helse Øst er mest opptatt av at direktørene bør ha erfaring fra helsesektoren. Ut fra det rasjonelt - instrumentelle perspektivet vil Helse Øst sin noe sterkere vektlegging av slik kompetanse i forhold til andre regioner, være et resultat av at de ut fra egne behov vurderer nødvendigheten av denne type kompetanse høyere enn andre. Det samme gjelder i forhold til at styremedlemmer i Helse Nord og Helse Vest legger mer vekt på lokal forankring, enn representantene i de andre regionene. Friheten til selv å kunne ta slike vurderinger avgjør her. Det at Helseforetaksloven ikke krever at direktører i helseforetak skal ha lokal forankring, åpner for ulike holdninger til en slik egenskap.

Forholdet mellom det enkelte styremedlemmes egne kjennetegn

Styrerepresentantene sine individuelle kjennetegn vil ut fra dette perspektivet sees på som viktige bidrag til de "profesjonaliserte" styrene i sykehusene. Deres bakgrunn og kompetanse blir her sett på som verktøy for tilretteleggelse av rasjonell drift i samsvar med gitte målsettinger for helseforetakene. De empiriske funn viste at kvinner og personer under 50 år er litt mer opptatt av direktørens kjønn, enn menn og de som er over en slik alder. Et slikt

funn vil her kunne forklares på bakgrunn av det enkelte styremedlems vurderinger av viktigheten knyttet til slike egenskaper. Dette samme gjelder for representanter med helsefaglig utdanning som legger mindre vekt på erfaring fra privat sektor enn styrerepresentanter uten slik utdanningsbakgrunn. Her vil deres vurdering kunne bli forklart ut fra et faglig ståsted, noe som blant annet kan illustreres med at økonomer klart vektlegger erfaring fra privat virksomhet mer enn medisinerer. I kraft av sin kompetanse vurderer styrerepresentantene egenskapene ulikt. En slik tendens kommer også frem mellom representanter fra det offentlige og det private, da de fra privat virksomhet vektlegger slik erfaring mer enn sine styrekollegaer fra det offentlige.

Styrerepresentantens leder- og styreerfaring gav også utslag i forhold til vektleggingen av enkelte egenskaper. De representantene som har erfaring fra ledelse er mer opptatt av slik erfaring hos direktør. I tillegg er representanter med erfaring fra andre styrer mer opptatt av at direktør kan vise til resultater i tidligere stillinger. Ut fra dette perspektivet vurderer representanter med erfaring fra ledelse - og styrevirksomhet, ledelse og resultater som mer relevant hos direktør på bakgrunn av sin kompetanse fra dette feltet. Lignende tendenser fant vi også i forhold til styremedlemmer som på et eller annet tidspunkt har vært medlem eller innehaver av tillitsverv i et politisk parti. Disse vektlegger politisk erfaring hos direktør mer enn representanter som ikke har hatt noen slik politisk tilknytning. Dette gjelder også styrerepresentanter med erfaring fra en interesseorganisasjon innen helse, som er mer opptatt av direktørens profesjonsbakgrunn, og mindre opptatt av erfaring fra privat sektor. Disse styremedlemmene representerer spisskompetanse som de presiserer viktigheten av hos en god leder i helseforetak.

De forskjellene som her er nevnt, vil i lys av dette perspektivet komme som følge av styremedlemmenes profesjonelle betraktninger av de ulike egenskapene. Deres bakgrunn, kompetanse og egne erfaringer skal gjennom en samlet vurdering fra hele foretaksstyret legges til rette for at rekrutterte direktør har de egenskapene som skal til for å gjøre en best mulig jobb som daglig leder av helseforetaket. Ulike vektlegginger av enkelte egenskaper vil ut fra dette perspektivet klart måtte sees i sammenheng med ”profesjonaliseringen” av styrene. Styremedlemmene er rekruttert til styrene i kraft av sin kompetanse for å vurdere vilkårene for rasjonell og effektiv ledelse av det enkelte helseforetak. Den brede sammensetningen som foreligger i foretaksstyrene har dermed åpnet for ulike vurderinger av de forskjellige rekrutteringskriteriene ved direktør.

5.5 Tolking i lys av et institusjonelt perspektiv

Totalfordelingen samsvarer i varierende grad med forventningene i lys av dette perspektivet. Holdningene som fremkommer i forhold til de ulike egenskapene viser en klar tendens til at ledererfaring og resultater i tidligere stillinger blir sett på som viktigst, da styrerepresentantene tillegger disse egenskapene nokså stor vekt hos administrerende direktør. Dette samme gjelder for direktørens utdanningsbakgrunn, om ikke i like stor grad. Et slikt holdningsmønster vil når det gjelder de to førstnevnte egenskapene måtte forklares ut fra et brudd med tidligere syn på hva som er viktig for å være en god administrerende direktør i sykehus. Det store fokus på ledererfaring og tidligere resultater vil her forklares ut fra et ”paradigmeskifte” innen ledelse av sykehus. Personer fra privat sektors inntog i styrene, samtidig som sykehusreformen setter større fokus på ledelse i sykehusene, gir sannsynligvis en økt bevissthet i forhold til egenskaper som ledererfaring og resultater i tidligere stillinger. Dette holdningsmønsteret blir påvirket av kravene om effektivitet - og resultatorientert styring. Likevel er funnene noe todelt ettersom utdanningsbakgrunn også blir ilagt nokså stor vekt. Utdanning er en sentral egenskap innen et institusjonelt perspektiv, noe som også fremkommer gjennom vektleggingen til styremedlemmene. En slik egenskap har i tillegg stått svært sentralt innenfor helsesektoren, der faglige konflikter, profesjonsstrid og maktkamp mellom ulike grupperinger lenge har vært en del av hverdagen (NOU 1997:2).

Styrerepresentantenes vektlegging av utdanning, kan i lys av dette perspektivet sees på bakgrunn av slike konflikter, der spørsmålet om direktørs faglige tilhørighet, blir et spørsmål om å fremme egne profesjonsinteresser i sentrale lederstillinger i sykehusene. Det at leger er mer opptatt av direktørs utdanning enn økonomer, kan være et resultat av en slik tankegang.

Når det gjelder erfaring fra ulike sektorer, svarte representantene at de la en del vekt på erfaring fra helsesektoren. Dette gjelder også til dels erfaring fra annen offentlig eller privat virksomhet, men i noe mindre grad. Erfaring er som nevnt en viktig egenskap i dette perspektivet, spesielt erfaring fra egen sektor. Det at erfaring fra egen sektor blir ilagt en del vekt, er ikke helt i samsvar med mine forventninger ettersom jeg hadde forventet at en slik egenskap skulle blitt ilagt enda mer vekt hos styremedlemmene. Årsaken til dette er at det institusjonelle perspektivet legger opp til stor grad av intern rekruttering, der ansiennitet og erfaring fra egen organisasjon blir sett på som de viktigste rekrutteringskriteriene. Når erfaring fra andre sektorer blir vektlagt tilnærmet likt erfaring fra helsesektoren, spesielt

tenkes det her på erfaring fra annen privat sektor, mister dette perspektivet noe av sin forklaringskraft da forventingene ikke samsvarer med de faktiske holdningene.

Andre egenskaper som tidligere har vært sentrale, blir hos styremedlemmene i helseforetakene sett på som mindre viktige. Politisk erfaring og lokal forankring er egenskaper som har vært viktige under fylkeskommunal styring av sykehusene. Derfor ville jeg forventet at slike egenskaper også nå hadde blitt sett på som noe viktigere enn hva fremkommer av styremedlemmenes holdningsmønster. På en annen side kan den sterke fokuseringen på ledererfaring og tidligere resultater hos styremedlemmene komme som følge av et brudd med etablerte normer og verdier for ledelse av sykehus. Egenskaper hos direktører som innebærer politisk erfaring og lokal forankring kan ha blitt ”offer” for nettopp et slikt brudd, ved at egenskaper knyttet til rasjonell ledelse og resultatorientert drift nå blir satt i ”førersetet”.

Den klart minst vektlagte egenskapen er direktørens kjønn. Dette samsvarer godt med utledede forventinger, ettersom bevisstheten rundt likestilling ser ut til å ha vært lite fremtredende i tidligere rekrutteringsmønster. Det faktum at 83 % av sykehusdirektørene i 1998 var menn understreker dette (Sjøborg 1998:54). Holdningene som her vises seg, ser dermed ikke ut til å ha endret seg nevneverdig som følge av foretaksorganiseringen. Selv om holdningsmønsteret viste at kvinner i styrene er noe mer opptatt av direktørs kjønn, viser funnene at en slik egenskap fremdeles har liten relevans for valg av direktør.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Holdningene til direktørens egenskaper er preget av stor grad av likhet på regionalt og lokalt foretaksnivå. Ut fra dette perspektivet åpnet jeg for visse forskjeller mellom foretaksnivåene, noe som i liten grad forekommer. Den eneste signifikante forskjellen fremkommer i forhold til viktigheten av at administrerende direktør har erfaring fra annen offentlig virksomhet. Regionale representanter gir en slik egenskap en del vekt, mens lokale representanter ser på slik erfaring som nokså lite viktig. En slik tendens vil her kunne komme som følge av at implementeringen av nye holdninger til ledere i sykehusene basert på sykehusreformen, ikke har lik gjennomslagskraft på de to foretaksnivåene, samt at foretakene på de to nivåene har en noe ulik oppgavefordeling. Regionale helseforetak sine representanter er utnevnt av det politiske eierskap, noe som kan gi tette bånd til offentlig sektor. Lokale styremedlemmer på

sin side er ikke utnevnt av samme eierskap. Dette kan være med på å påvirke holdningene til nettopp en slik egenskap ved direktørene.

I forbindelse med vektlegging av de ulike egenskapene vil likheter og forskjeller, i likhet med i et rasjonelt – instrumentelt perspektiv, komme som følge av frihet til selv å velge hvilke egenskaper ved direktør som bør vektlegges. Her vil imidlertid fokus være mer rettet mot foretaksnivåenes ulike ståsted i forhold til eierdepartementet. Større avstand mellom lokalt nivå og departementet kan føre til andre sammenhenger i vektlegging av egenskaper på dette nivået, enn på det overordnede regionale foretaksnivå. Holdningsmønstrene på begge foretaksnivå viser samsvar mellom vektlegging av yrkeserfaring fra offentlig helsesektor og vektlegging av yrkeserfaring fra offentlig sektor. En slik tendens er klart i samsvar med hva en kunne forvente ut fra dette perspektivet. Vektlegging av intern rekruttering som står sentralt i denne tilnærmingen, blir klart forsterket av at slike sammenhenger i holdningsmønster kommer frem på begge foretaksnivå. Erfaring fra helseforetakenes virkeområde blir sett på som en viktig egenskap, klart i tråd med forventningene.

Forskjeller som dette perspektivet åpner for kommer langt mer frem av samsvarsmønsteret mellom holdninger til de ulike egenskapene. På lokalt nivå finnes langt flere sammenhenger mellom de ulike egenskapene. Samsvar i vektlegging av ”erfaring fra offentlig sektor for øvrig” og egenskapene ”lokal forankring” og ”politisk erfaring”, kommer kun frem på dette foretaksnivået. En slik tendens viser at lokale representanter med antatt svakere bånd til politisk ledelse i eierdepartementet, har et noe annerledes holdningsmønster enn sine kollegaer på regionalt nivå. Tradisjonelle egenskaper som erfaring fra det offentlige, samt lokal forankring og politisk erfaring, er klart i tråd med tidligere etablerte rekrutteringskanaler for sentrale stillinger i offentlig forvaltning. Et slikt funn samsvarer derfor godt med den institusjonelle tilnærmingen på lokalt nivå der nettopp slike verdier ville forventes å bli vektlagt, men også i forhold til forskjeller som det i denne tilnærmingen åpnes for mellom nivåene. På en annen side kunne man forventet flere slike sammenhenger også på regionalt nivå ettersom de har tettere bånd til helsedepartementet, og da gjerne ville vektlegge egenskaper på lignende måte som lokale styremedlemmer. En annen forklaring som dette perspektivet også åpner for, er at regionale styrerepresentanter kan ha blitt rekruttert på bakgrunn av at de representerer andre holdninger til ledere enn hva som har vært tidligere, og at disse skal representere et brudd med tidligere etablerte holdninger. Det at det kun fra regionale representanter er negativt samsvar mellom kjønn og resultater i tidligere stillinger,

kan muligens underbygge et slikt scenario. De andre egenskapene som kun samsvarer på lokalt nivå; erfaring fra privat virksomhet og resultater i tidligere stillinger, lokal forankring og politisk erfaring, samt lokal forankring og kjønn, vil her ikke bare knyttes til styrenes frie stilling til å vurdere egenskaper ved direktør. Foretaksnivåenes posisjon i organisasjonshierarkiet, samt lojaliteten representantene på de ulike nivåene har til tradisjonelt vektlagte egenskaper hos ledere i sykehus, vil også kunne påvirke holdningsmønstrene.

Forholdet mellom regionene

Det institusjonelle perspektiv åpner for variasjoner mellom de ulike regionene når det gjelder vurderinger av viktigheten av de målte egenskapene. Dette kan komme av at enkelte egenskaper kan bli møtt med større motstand i noen regioner fremfor andre på grunn av ulik rekrutteringspraksis fra tidligere. Forskjeller som fremkommer i forhold til ulik vektlegging av erfaring fra helsesektoren, da styremedlemmer i Helse Øst ser på en slik egenskap hos direktør som viktigere enn hva de gjør i andre regioner, kan ha sin bakgrunn i nettopp dette. Det av styremedlemmer i denne regionen er mindre mottakelige for direktører uten erfaring fra helsesektoren, kan komme som et resultat av at man i større grad ønsker direktører med inngående kjennskap til innarbeidede rutiner, normer og verdier som frem til i dag har vært forbundet med offentlige sykehus. Frykten for store omveltninger ved å rekruttere direktører uten bakgrunn fra helsesektoren, kan gi seg utslag i større motstand denne typen kandidater.

Lignede forklaringsfaktorer vil i dette perspektivet ligge til grunn for den noe forskjellige vektleggingen av en egenskap som lokal forankring hos direktører. Det at Helse Vest og Helse Nord skiller seg ut som de regionene som er mest opptatt av en slik egenskap, kan ha sammenheng med man ikke ønsker utenforstående uten kjennskap til lokale forhold, inn i ledelsen av foretakene. Lokale særegenheter og tidligere lokaliseringkonflikter, kan muligens ha vært med på å gjøre disse to regionene mer opptatt av en slik egenskap hos sine direktører.

Forholdet mellom den enkelte styremedlems egne kjennetegn og holdninger til direktør

Styrerepresentantenes sosiale bakgrunn, virksomhets- og sektortilknytting er viktig for å kunne forstå ulike holdninger innenfor et institusjonelt perspektiv. Holdningsmønsteret viste seg på flere områder å bli påvirket av slike faktorer, noe som styrker dette perspektivets forklaringskraft. Styrerepresentantenes sosiale bakgrunn påvirker blant annet vektleggingen av kjønn hos direktører. Kvinner er litt mer opptatt av en slik egenskap enn menn. Det samme

gjelder for styremedlemmer under 50 år i forhold til de som er eldre enn dette, men i noe mindre grad. Slike tendenser vil i dette perspektivet kunne forklares ut fra rådende normer og verdier blant styrerepresentantene. Kvinner er gjerne mer opptatt av å oppnå likestilling i ledende stillinger i samfunnet, noe som gir økt fokus på egenskapen kjønn hos direktørene. Når det gjelder alder, er muligens de eldre styrerepresentantene preget av tradisjonelle rekrutteringsmønstre der hensyn til denne type egenskap ikke alltid har vært like fremtredende. Man vektlegger ikke kjønn siden man ikke har tatt særlig hensyn til en slik egenskap i tidligere rekrutteringsprosesser. Yngre styremedlemmer er gjerne mer opptatt av en slik problemstilling som følge av et annet verdisyn, der en er mer åpen for å ta slike hensyn for å oppnå likestilling mellom menn og kvinner i topplederstillinger.

I det institusjonelle perspektiv står utdanningsbakgrunn sentralt. Det at funnene viser at styremedlemmenes utdanning påvirker deres holdninger til egenskaper ved direktører, gir derfor dette perspektivet en styrket forklaringskraft. Det at styrerepresentanter med helsefaglig utdanning legger mindre vekt på erfaring fra privat sektor enn styrerepresentanter uten helsefaglig utdanning, samsvarer godt med forventningene i lys av dette perspektivet. Motstand fra styrerepresentanter med helsefaglig utdanningsbakgrunn mot direktører fra privat næringsliv, som ifølge dem ikke nødvendigvis ser viktigheten mellom helse som fag kontra ledelse, kan være med på å forklare en slik holdningsforskjell. Grunnleggende forskjellig verdisyn skaper ulik åpenhet til direktører med bakgrunn fra privat næringsliv, samt også frykt for å ramme egne profesjoners innflytelse innen ledelse av sykehusene. Dette kom klart frem av holdningene til styremedlemmene fra de to største profesjonene, økonomer og medisinere. Medisinere er langt mer restriktive i forhold til direktører med bakgrunn fra privat virksomhet enn hva økonomer er. Frykten for å miste sin sterke posisjon innen ledelse i sykehus kan være med på å forklare legers holdning til akkurat dette. Noe de også har gitt uttrykk for under utarbeidelsen av sykehusreformen (Motmeldning 14.02.2001).

Styremedlemmenes leder- og styrerfaring påvirket også sannsynligvis holdningene til noen av egenskapene. De styrerepresentantene som er innehavere av ledererfaring er mer opptatt av at direktørene skal ha slik erfaring. Lignende tendenser ser vi også i forhold til styremedlemmer med og uten styreerfaring. De som har slik erfaring er mer opptatt av at direktørene må kunne vise til resultater i tidligere stillinger. Denne type påvirkninger som her er nevnt, vil ut fra dette perspektivet kunne forklares ut fra den type verdier og normer som blant annet råder innenfor leder- og styrevirksomhet generelt. Det at styremedlemmer med bakgrunn fra disse

miljøene vektlegger denne type egenskaper, må sees i sammenheng med at man her fokuserer stort på lederkunnskap og resultater. En annen faktor er at man gjerne vil fremheve viktigheten av egne spesialfelt og ferdigheter, noe som gir seg utslag i økt vektlegging av noen egenskaper ved direktørene fremfor andre.

I kapittel fire kom det frem at svært mange av styremedlemmene har politisk erfaring. Disse representantene er mer opptatt av at direktører burde ha politisk erfaring enn hva andre styremedlemmer er. Representantenes bakgrunn har dermed også her innvirkning på deres holdninger. Når det gjelder styrerepresentanter som på et eller annet tidspunkt har vært tilknyttet frivillige/ interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren, finner vi også forskjeller i holdninger som ligger tett opp til denne type påvirkning. De som har vært aktive innen slike organisasjoner er mer opptatt av direktørens utdanning, og mindre opptatt av erfaring fra annen privat virksomhet. Et slikt holdningsmønster hos representanter med bakgrunn fra denne type organisasjoner gir indikasjoner om at en gjerne vil prøve å bevare den tradisjonelle innflytelsen disse organisasjonene og interessegrupperingene tidligere hadde, gjennom å rekruttere en direktør med lignende bakgrunn. Samlet styrker mange av disse tendensene påstander om at vektleggingen av de ulike egenskapene ved direktørene er "farget" av styremedlemmenes personlige egenskaper og bakgrunn. Slike tendenser samsvarer da godt med hva en ut fra dette perspektivet har forventet.

5.6 Oppsummering

Selv om styrene viste en variert sammensetning på flere områder, er styremedlemmene relativt samstemte i forhold til hvilke av de undersøkte egenskapene ved direktører de vektlegger sterkest. Resultater i tidligere stillinger og ledererfaring står i en særstilling hos den samlede populasjon av styremedlemmer. Disse egenskapene vektlegges langt mer enn de øvrige egenskapene som her har blitt undersøkt. Direktørs utdanning blir også sett på som viktig, samt til en viss grad at man kan vise til erfaring fra helsesektoren. Et annet interessant funn er at både erfaring fra offentlig virksomhet og erfaring fra privat virksomhet oppgis å bli ilagt en del vekt. Styremedlemmene med tilnærmet lik representasjon fra offentlig og privat virksomhet, legger like stor vekt på erfaring fra begge typer virksomhet hos direktører. Vektleggingen av rekrutteringskriteriene som nå er nevnt, har da i all hovedsak gått utover vektleggingen lokal forankring, politisk erfaring og kjønn. Den minimale vektleggingen av kjønn ser dermed ut til å stemme overens med hva tidligere rekrutteringsmønster for sykehusdirektører viser, der menn utgjorde et stort flertall av de som satt i disse stillingene.

Hvorvidt styremedlemmene tilhører regionalt eller lokalt foretaksnivå, har hatt mindre betydning for deres holdninger til de utvalgte egenskapene. De regionale styrerepresentantene ser på erfaring fra annen offentlig sektor som noe viktigere, enn det kollegaene på lokalt nivå gjør, ellers er likhetene mellom representanter på de to nivåene store. Noen interessante tendenser kom imidlertid frem av sammenhengene mellom vektleggingen av de ulike egenskapene på de to foretaksnivåene. Det er kun påvist sammenhenger mellom det å vektlegge yrkeserfaring fra offentlig sektor for øvrig, lokal forankring og politisk erfaring, hos lokale styremedlemmer. Blant de regionale styremedlemme ser man derimot mindre sammenheng mellom slike egenskaper. Videre er skillene også moderat regionene imellom. Styremedlemmer i Helse Øst var noe mer opptatt av erfaring fra helsesektoren, mens styremedlemmer i Helse Vest og Helse Nord er noe mer opptatt av lokal forankring. Ellers er regionene relativt samkjørte i forhold til vurderingen av de ulike rekrutteringskriteriene for direktør.

Styremedlemmenes sosiale bakgrunn, virksomhets- og sektortilknytting ser i større grad ut til å ha påvirket holdningene til de ulike rekrutteringskriteriene. Dette kommer blant annet frem hos de to største profesjonene i styrene, økonomer og medisinere. De vektlegger klart egenskaper hos direktør som er nært tilknyttet hva de selv representerer. Slike tendenser kommer også frem når det gjelder styrerepresentanter fra offentlig eller privat virksomhet, og de som tidligere har vært aktive i politikken. Man er mer tilbøyelig til å vektlegge egenskaper som man selv er innhaver av. Et slikt bilde viser at holdningene til de rekrutteringskriteriene for direktør, først og fremst kan knyttes til styremedlemmenes individuelle kjennetegn, og i mindre grad til hvilket foretaksnivå og region de tilhører.

6 Rekrutteringsprosess og administrerende direktører.

Etter å ha sett på ulike aspekter ved foretaksstyrene vil jeg nå rette fokus mot rekrutteringsprosessen av direktører, og hvem som har blitt ansatt i disse stillingene. Kapittelet er delt inn i to deler. Først vil jeg presentere ulike aspekter rundt hvordan selve rekrutteringsprosessen foregikk. Her vil deltakere, ekstern påvirkning, grad av enighet rundt ansettelse, viktigheten av lønn, utlysningsprosedyrer og kjennskap til direktør stå sentralt. Deretter vil jeg kartlegge de ansatte administrerende direktører i helseforetak på bakgrunn av demografiske aspekter og yrkes-/ karrierebakgrunn. I forkant av disse presentasjonene vil jeg utlede empiriske implikasjoner ut fra et rasjonelt - instrumentelt og et institusjonelt perspektiv, som så analyseres i slutten av kapittelet.

6.1 Forventinger ut fra et rasjonelt - instrumentelt perspektiv

Siden det fra Helsedepartementet legges til rette for stor grad av frihet under selve rekrutteringsprosessen, åpner jeg her for forskjeller i rekrutteringspraksis. Det enkelte foretak forventes å organisere rekrutteringen av administrerende direktør på en måte som legger til rette for måloppnåelse i forhold til utarbeide kravspesifikasjoner til stillingen. Et viktig aspekt blir da tilgjengeligheten av kandidater med ønskede kvalifikasjoner på markedet. Ut fra dette perspektivet forventes det at det enkelte helseforetak rasjonelt tilpasser seg markedet under utførelsen av selve rekrutteringen. Lønn og kjennskap til aktuelle kandidater kan her være viktige virkemidler. Når det gjelder valg av direktør, forventer jeg her at et slikt valg blir gjort i form av den best tilgjengelige kandidat innenfor de rammer og målsettinger som er til stede. Økt fokus på ledelsesmessige aspekter i lys av sykehusreformens målsettinger vil her forventes å legge til rette for mange direktører med formell ledelseskompetanse, både innen ulike sektorer og ulike typer virksomheter.

6.2 Forventninger ut fra et institusjonelt perspektiv

Ut fra dette perspektivet vil jeg forvente at rekrutteringsprosessen blir utført på bakgrunn av veletablerte og innarbeide standardregler. Den praksis som blir brukt i forhold til deltakelse og utlysningsprosedyre forventes å være i samsvar med institusjonelle rutiner for korrekt framgangsmåte i slike prosesser. Likebehandling av kandidater står her sentralt. I tillegg forventes det at foretakene til en viss grad har tatt hensyn til ulike aktørers synspunkter under prosessen. Da tenkes det spesielt på tidligere sentrale aktører som Helsedepartementet, profesjoner, institusjoner, politikere, brukere/ pasienter og geografiske grupperinger. Når det gjelder rekrutterte direktører, forventer jeg at mange kommer fra helsesrelatert - og annen

offentlig virksomhet, som følge av dette perspektivets fokus på intern rekruttering. Jeg forventer også at ansiennitet og ledererfaring er vektlagt hos direktørene, og da særlig fra de overnevnte virksomheter. Videre åpner jeg for forskjeller i rekrutteringsmønster mellom foretaksnivåene og mellom regionene. Ulik grad av motstand i forhold til rekruttering av ”utradisjonelle” ledertyper kan legge til rette for slike forskjeller.

6.3 Gjennomføringen av rekrutteringen til direktørstillingene

Tabellene som nå vil bli gjennomgått i forbindelse med rekrutteringsprosessen, viser kun samlede fordelinger. Tabeller som viser skiller mellom regionale og lokale styrer, presenteres i vedlegg som vil bli henvist til fortløpende. Dette gjøres på grunn av at et begrenset antall personer (kun styreledere i helseforetak), inngår i besvarelsen av dette spørreskjemaet. I denne sammenheng er det også viktig å være oppmerksom på at få enheter kan gi store utslag i tabellene. Det er dessuten viktig å poengtere at styreledere fra Helse Sør ikke har besvart spørsmål om rekrutteringsprosessen (se metodedel punkt 2.12 og 2.13). Videre vises det i tabell (6.3 til og med 6.8) , og tabell (6.10, 6.13 og 6.18), snittverdier med utgangspunkt i en skala fra 1 til 5. Rangeringen går hovedsakelig ut fra følgende rangering: 1. svært liten vekt 2. nokså liten vekt 3. en del vekt 4. nokså stor vekt. 5 svært stor vekt. De resterende tabellene viser prosentvise fordelinger.

6.3.1 Deltakere i rekrutteringsprosessen

Tabell 6.1 viser hvordan styrene har valgt å organisere rekrutteringen av direktører internt.

Tabell 6.1 Prosentvis fordeling av deltakere i rekrutteringsprosessen

Deltakere i rekrutteringsprosessen	Samlet
Styreleder og et utvalg styremedlemmer	54
Bare styreleder	23
Kun et utvalg styremedlemmer	8
Hele styret	15
(N)=100%	(13)
Bruk av rekrutteringsfirma	Samlet
Ja	77
Nei	23
(N)= 100%	(13)

Den vanligste fremgangsmåten i rekrutteringsprosessen har vært å benytte seg av styreleder og et utvalg styremedlemmer. Enkelte steder har imidlertid styreleder foretatt den praktiske delen av rekrutteringen alene. Styreleder har altså vært svært sentral ettersom han kun har

vært utelukket i en av de målte rekrutteringsprosessene. Dessuten har også rekrutteringsfirmaer blitt flittig brukt under rekrutteringen. Dette gjelder særlig på regionalt nivå (se vedlegg 5 tabell 6.2), men også i de lokale foretakene har man benyttet slike tjenester.

6.3.2 Ekstern påvirkning

På spørsmål om hvordan styrelederne ville karakterisere påvirkningen på rekrutteringen utenfra, svarte de at de oppfattet den som ”svært liten” (se vedlegg 5 tabell 6.3). En slik karakteristikk gjorde seg gjeldende på begge foretaksnivå. Hvorvidt styrelederne oppfattet at det forelå retningslinjer i forkant av rekrutteringsprosessen er som tabell 6.4 nedenfor viser, imidlertid noe forskjellig.

Tabell 6.4 Prosentvis fordeling av retningslinjer fra Helsedepartementet under rekrutteringen

Retningslinjer under rekrutteringsarbeidet	Samlet
Ja, konkrete retningslinjer	8
Ja, Generelle retningslinjer	50
Ingen retningslinjer	42
(N)=100%	(12)
Ikke registrert	(1)
Hvis ja, var de skriftlig eller muntlig?	Samlet
Både Skriftlig og muntlig	17
Kun muntlig	83
(N)=100%	(6)

En styreleder oppgir at det forelå konkrete retningslinjer, mens seks styreledere svarer at det kun lå generelle retningslinjer til grunn for rekrutteringsprosessen. Fem styreledere mener derimot at det ikke fantes noen form for retningslinjer som måtte tas hensyn til. Videre viser tabellen at retningslinjene i all hovedsak har blitt gjort muntlig. Kun ved ett tilfelle blir det oppgitt å ha vært både muntlige og skriftlige retningslinjer. Ulik oppfatning av om de forelå slike retningslinjer er altså klart rådende blant lederne i styrene, og denne oppfatningen gjør seg gjeldene på begge foretaksnivå (se vedlegg 5 tabell 6.5).

Tabell 6.6 Hensyn under rekrutteringen

Hensyn under rekrutteringen	Samlet
Faglige/ profesjonelle	4,7
Fornyelse og omstilling	4,2
Markedskonkurranse	3,2
Signaler fra foretak/ institusjoner	3,0
Signaler fra helsedepartementet	2,2
Profesjonsorganisasjoner	2,2
Offentlig opinion/massemedia	2,0
Synspunkt fra brukere, pasienter osv.	1,8
Lokalmiljø, kommunale og regionale mynd.	1,7
(N)	(13)

På spørsmål om hvilke hensyn som ble ilagt størst vekt under rekrutteringen av direktør, oppgis ”faglige/ profesjonelle” og ”fornyelse om omstilling” som de klart mest fremtredende og blir karakterisert som ”nokså viktig” av styrelederne. Hensyn til faglige/ profesjonelle sider ved kandidatene til direktørstillingene stemmer godt overens med styremedlemmenes vurderinger av de undersøkte rekrutteringskriteriene for direktører presentert i kapittel fem. Fokuset styrerepresentantene rettet mot formell ledererfaring, resultater i tidligere stillinger, og til dels utdanning, kommer klart frem under den praktiske utførelsen av rekrutteringen ved at faglige/ profesjonelle hensyn har stått sentralt. Videre ser vi at ”signaler fra foretak/ institusjoner” og ”markedskonkurranse” blir ilagt en del vekt, mens hensyn til ”offentlig opinion/ massemedia”, ”profesjonsorganisasjoner” og ”signaler fra Helsedepartementet” blir oppgitt å ha hatt mindre betydning. Svært liten betydning har også synspunkt fra ”brukere/ pasienter” og ”lokalmiljø, kommunale og regionale myndigheter” hatt, da disse blir nærmest sett på som irrelevante under rekrutteringsprosessen. Den lave prioriteringen som styrerepresentantene gav lokal forankring og politisk erfaring hos direktør i forrige kapittel, gjenspeiles derfor muligens i den lave hensyntakingen til lokalmiljø og politiske institusjoner. Når det gjelder hensyntakingen på de ulike foretaksnivåene, finnes det et lite skille på et område (se vedlegg 5 tabell 6.7). Lokale styremedlemmer noe mer opptatt av ”synspunkter fra brukere og pasienter” enn regionale medlemmer.

I tillegg til å bli spurt om hvilke hensyn som ble tatt til ulike grupperinger, ble styrlederne spurt om hvilken betydning ulike aktører hadde for tilsetting av direktør i eget helseforetak. Av tabell 6.8 ser vi at verken media, profesjoner, Helsedepartementet, geografiske grupperinger eller politikere spilte noen rolle under tilsetting av direktør. Den eneste aktøren

av de spurte som er ilagt en slags betydning for ansettelsen, er rekrutteringsfirma. Disse firmaene blir karakterisert som å ha hatt en ”både og” betydning for utfallet i av prosessen. Dette gjelder på begge foretaksnivå (se vedlegg 5 tabell 6.9). Rekrutteringen til direktørstillingene kan derfor sies å ha vært relativt lukkede prosesser.

Tabell 6.8 Ulike grupper/ instansers betydning for tilsetting

Betydning for tilsetting:	Samlet
Rekrutteringsfirma	3,2
Helserelaterte profesjoner	1,5
Andre profesjoner	1,3
Geografiske grupperinger	1,2
Lokale politikere (Kom./ Fylke)	1,2
Sentrale politikere (Dep./Storting)	1,1
Helsedepartementet	1,1
Lokale regionale medier	1,0
Riksdekkende medier	1,0
(N)= 100%	(13)

6.3.3 Grad av enighet/uenighet rundt valg av direktør

Styrelederne karakteriserer som vist i tabell 6.10 nedenfor enigheten rundt valg av direktør som ”både og”. Begrunnelser for hva eventuell uenighet kom av, samsvarer dårlig med de skisserte scenarioene i tabellen. Bare i et begrenset omfang kan uenighet knyttes til forholdet mellom kandidater tilknyttet ulike helseinstitusjoner. Karakteristikkene som er gjort, er like på begge foretaksnivå (se vedlegg 5 tabell 6.11).

Tabell 6.10 Grad av enighet under ansettelsesprosessen

Enighet/uenighet rundt ansettelsesprosessen	Samlet
Grad av enighet	3,2
(N)	(13)
Hva uenighet kom av	Samlet
Søkere fra fylkesadministrasjon vs. andre	1,0
Personlig dyktighet vs. tidligere erfaring	1,8
Med og uten helsefaglig bakgrunn	1,0
Ulik profesjonsbakgrunn	1,0
Tidligere yrkeserfaring og formell utdanning	1,0
Søkere med ulik geografisk tilknytting	1,8
Søkere med tilknytting til ulike helseinst.	2,0
Kjønn	1,0
(N)= gj.snitt	(3,6)

Foruten å svare på om hvorvidt uenighet hadde oppstått, ble styrelederne bedt om å karakterisere graden av likebehandling av de aktuelle kandidatene. Likebehandlingen ble i denne sammenheng sett på som ”nokså stor”(se vedlegg 5 tabell 6.12). Styrelederne er dermed av den oppfatning av at alle direktørkandidater har blitt behandlet likt under rekrutteringsprosessen.

6.3.4. Lønn som virkemiddel

Direktørens lønnsnivå har vært gjenstand for stor oppmerksomhet i media etter at rekrutteringen til direktørstillingene i helseforetakene var slutført (Dagbladet 19.11 2003; VG 12.02 2004). Helseforetakslovens §36, samt veiledende retningslinjer fra Nærings- og handelsdepartementet⁷ legger føringer på bruk av lønn som virkemiddel i statlig virksomhet, noe som får betydning for rekruttering av direktører. I tabell 6.13 nedenfor vises styreledernes vurdering av viktigheten av lønn under rekrutteringen.

Tabell 6.13 Viktigheten av lønn

Lønnsvilkår viktig for å:	Samlet
Tiltrekke søkere med ønskede kvalifikasjoner	3,8
Skape interesse hos oppsøkt kandidat	3,2
Komme til enighet med valgt kandidat	3,3
(N)= gj.snitt	(12)

De samlede verdiene viser at styrelederne karakteriserer vektleggingen av lønn til ”både og” som virkemiddel for å tiltrekke interesse hos søkere med ønskede kvalifikasjoner, og interesse hos oppsøkte kandidater. Det samme gjelder for det å komme til enighet med den personen som fikk stillingen. Tendensene er de samme på begge foretaksnivå, med muligens er bruk av lønn som virkemiddel noe mer utbredt på regionalt nivå (se vedlegg 5 tabell 6.14). Selv om styrelederne karakteriserer bruken av lønn slik som de gjør, har man uansett fått en forholdsvis stor lønnsøkning blant direktører i sykehus. De forhenværende fylkeskommunale helsesjefene hadde i snitt ca. 500 000 kr i lønn, noe som er vesentlig lavere enn de nye direktørene som nå i snitt hever 801 800 kr i året. Blant direktører på regionalt nivå alene, er gjennomsnittlig inntekt nå på hele 1,3 millioner kroner (Dagbladet 10.11.2003). I tillegg har flere direktører nå fått lukrative pensjonsavtaler, som har vakt stor oppmerksomhet og debatt i media (Aftenposten 07.01.2004) og på Stortinget (Dok. 15 spm. 316 (2003-2004)). Samlet sett har altså toppledere i sykehus fått en markant lønnsøkning etter foretaksorganiseringen.

⁷ Brev fra Sosial og Helsedepartementet 11. okt 2001 til styreledere i de regionale helseforetakene: “Lønnsnivået skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende”.

6.3.5 Kjennskap/ utlysning

Styreledernes kjennskap til rekrutterte direktør, var som tabell 6.15 nedenfor viser noe forskjellig. Kun en styreleder kjente ikke direktør før selve rekrutteringen startet. Flere kjente personen gjennom media, i tillegg til at noen hadde fått kjennskap gjennom personlig nettverk eller rekrutteringsfirma. Kjennskap fra tidligere arbeidsplass er også representert, mens personlig kjennskap har forekommet i to tilfeller. Ut fra et slikt mønster vil det være rimelig å anta at kjennskap har vært viktig når riktige person til direktørstillingen skulle velges.

Forskjeller i forhold til kjennskap forekommer mellom de to foretaksnivåene (se vedlegg 5 tabell 6.16). Personlig kjennskap forekommer ikke i regionale foretak, men i to tilfeller på lokalt foretaksnivå oppgis slikt kjennskap å ha vært tilstedeværende. Kjennskap gjennom media er også mer utbredt på lokalt nivå, enn på regionalt nivå.

Tabell 6.15 Prosentvis fordeling av styreleders kjennskap til direktør

Kjennskap til direktør	Samlet
Kjente personlig	15
Kjente gjennom personlig nettverk	31
Gjennom tidligere arbeidsplass	23
Gjennom media	54
Gjennom rekrutteringsfirma	31
Kjente ikke tidligere	8
(N)	(13)

Et viktig moment er hvor aktivt foretaksstyrene gikk ut for å oppfordre kandidater til å søke direktørstillingen. I tabell 6.17 ser vi at i seks tilfeller ble kandidater oppfordret til å søke, mens det i fem tilfeller ikke ble iverksatt noe slikt initiativ. I to tilfeller er faktisk ikke styreleder sikker på om en slik oppfordring noen gang ble gjort.

Tabell 6.17 Prosentvis fordeling av aktivt søk etter kandidater og gjennomsnittlig grad av søk

Kandidater oppfordret til å søke	Samlet
Ja	46
Nei	39
Vet ikke	15
(N)=100%	(13)
Styremedlemmer aktivt ut for å oppfordre kandidater til å søke	Samlet
Grad av aktivt søk	1,9
(N)	(12)

Praksisen med å oppfordre kandidater til å søke, er noe forskjellig mellom regionalt og lokalt nivå (se vedlegg 5 tabell 6.18). På regionalt nivå oppgir alle styrelederne at kandidater ble oppfordret til å søke direktørstillingen. På lokalt nivå er en slik praksis mindre utbredt. Bare 30 % av styrelederne på dette nivået oppgav at kandidater ble oppfordret til å søke. Styrene på lokalt nivå har i langt større utstrekning valgt blant kandidater som selv har tatt initiativ til å søke stillingen. Likevel karakteriseres graden av aktivt søk som ”svært liten”. Bare i to tilfeller, et på regionalt nivå og et på lokalt nivå, oppgir man å ha gått svært aktivt ut mot aktuelle kandidater. Ellers blir slik aktivitet karakterisert som lite utbredt på begge foretaksnivå.

Blant kandidatene som ble tilbudt direktørstillingen i de ulike helseforetakene, var det kun i et tilfelle at det ble takket nei. Dette skjedde på regionalt nivå, og begrunnelsen for dette oppgis å være ukjent. Alle kandidater som ble tilbudt stillingen på lokalt nivå takket altså ja til tilbudet. Direktørstillingen må altså ha blitt sett på som svært attraktiv på begge foretaksnivå, siden det ble svart ja i 12 av 13 tilfeller.

6.4 Kjennetegn ved de administrerende direktørene

Frem til nå ha jeg gått gjennom aspekter ved styrene, og hvordan rekrutteringen av direktører ble utført. Nå vil jeg presentere demografiske aspekter og karrierebakgrunn til de direktørene styrene har valgt å ansette i sine respektive helseforetak. Presentasjonen tar utgangspunkt i direktørens kjønn, alder, utdanning og ulike aspekter ved deres yrkeskarriere.

6.4.1 Demografiske trekk ved direktørene

I motsetning til hos foretaksstyrene presentert i kapittel 4, er ikke direktørene underlagt kvoteringsregler når det gjelder kjønn. Fordelingen i tabell 6.19 viser at menn dominerer stort, og utgjør hele 94 % av de undersøkte direktørene. Et slikt funn samsvarer godt med tidligere forskning, der andelen menn også utgjorde et markant flertall (83%) blant sykehusdirektører (Sjøborg 1998:53). Tendensen viser altså at menn etter innføringen av foretaksorganisering muligens har fått en enda mer dominerende stilling blant toppledere innen sykehusene enn tidligere, ettersom andelen menn bare har økt siden tidligere undersøkelser på slutten av 90-tallet. De empiriske funn som fremkommer her viser også en klar sammenheng med styrerepresentantenes marginale vektlegging av kjønn som egenskap i kapittel 5. Videre ser vi at ingen kvinner er ansatt som direktører på regionalt foretaksnivå, noe som er med på å forsterke bildet av menns dominans i de mest sentrale stillingene innen helsesektoren. Det

finnes heller ikke signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene eller mellom regionene i forhold til vektningen mellom kjønn.

Tabell 6.19 Direktører fordelt prosentvis etter kjønn

Kjønn	Regionale Foretak	Lokale foretak	Samlet		
Mann	100	93	94		
Kvinne	0	7	6		
(N)=100%	(5)	(30)	(35)		
Kjønn	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Mann	100	88	80	100	100
Kvinne	0	12	20	0	0
(N)= 100%	(10)	(8)	(5)	(6)	(6)

Når det gjelder direktørenes alderssammensetning, viser tabell 6.20 nedenfor at ingen er under 40 år. Hele 90 % av direktørene er mellom 40 -60 år, mens 9 % er 60 år eller mer. En slik alderssammensetning ligger tett oppunder hva som tidligere har vært vanlig, da snittalderen for direktører i sykehus var 50 år i 1998 (Sotteseng 1998). Av tabellen ser vi også at forskjeller mellom foretaksnivåene og regionale forskjeller i alderssammensetning i svært liten grad forekommer.

Tabell 6.20 Direktører fordelt prosentvis etter alder

Alder	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet		
40-49 år	40	41	41		
50-59 år	40	52	50		
60 år og mer	20	7	9		
(N)=100%	(5)	(27)	(32)		
Ikke registrert	(0)	(3)	(3)		
Alder	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
40-49 år	38	38	50	50	33
50-59 år	50	50	50	50	50
60 år og mer	13	13	0	0	17
(N)=100%	(8)	(8)	(4)	(6)	(6)

Direktørenes utdanning illustrert i tabell 6.21 viser at medisinerere klart utgjør den største profesjonen blant administrerende direktører i helseforetak. Vi ser også at det er mange direktører med økonomisk utdanning, mens samfunnsvitere og naturvitere er noe lavere representert. Et slikt utdanningsmønster har visse likheter med det mønsteret jeg fant hos styremedlemmene i kapittel fire, der medisinerere og økonomer også er de to største profesjonene. Om en ser direktørenes utdanningsbakgrunn opp mot en lignende undersøkelse

foretatt i 1995 (Sjøborg 1998:53), finner vi enkelte overraskende tendenser. Funnene viste da at andelen medisinere var på kun 15 %, noe som betyr at man etter foretaksorganiseringen har fått en markant økning av medisinere i direktørstillingene i sykehus. Denne økningen har blant annet gått ut over økonomene, som i 1995 utgjorde 36 % av direktørene, mens de nå utgjør bare 24 %. På tross av legers uttrykte bekymringer om økonomers inntog i sykehusene, har altså medisinere styrket sin stilling blant administrerende direktører på bekostning av blant annet økonomer. En slik utvikling er muligens noe oppsiktsvekkende i og med at styrelederne oppgav hensynet til ”fornyelse og omstilling” stor betydning under rekrutteringsprosessen. Forskjeller mellom foretaksnivåene og mellom regionene finnes ikke i utdanningsmønsteret.

Tabell 6.21 Direktører fordelt prosentvis utdanningsbakgrunn

Utdanning	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet		
Medisin	25	44	41		
Annen helse og sosial	0	4	3		
Økonomi	25	24	24		
Samfunnsvitenskap	25	12	14		
Naturvit./ teknikk	25	4	7		
Annet	0	12	10		
(N)=100%	(4)	(25)	(29)		
Utdanning	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Medisin	33	63	50	20	33
Annen helse og sosial	11	0	0	0	0
Økonomi	22	13	25	40	33
Samfunnsvitenskap	33	0	0	20	0
Naturvit./ teknikk	0	13	25	0	0
Annet	0	13	0	20	33
(N)=100%	(9)	(8)	(4)	(5)	(3)

6.4.2 Trekk ved direktørens yrkesbakgrunn/ karriere

I tabell 6.22 ser vi at alle de aller fleste direktørene har erfaring fra helsesektoren, og at mange har et betydelig antall år bak seg fra denne sektoren. Lang erfaring fra helsesektoren har altså etter alt å dømme vært svært viktig under rekrutteringen av direktører i helseforetakene, selv om holdningene til slik erfaring kun ble ilagt en del vekt styrerepresentantene. At signaler fra ”foretak/ institusjoner” ble gitt en del vekt under rekrutteringen, kan kanskje forklare noe av dette. Tabellen viser ingen signifikante forskjeller mellom regionene, men likevel ser vi at Helse Øst, Helse Sør og Helse Nord har rekruttert kun direktører med erfaring fra helsesektoren.

Tabell 6.22 Prosentvis fordeling av direktørens erfaring fra helsesektoren samt gjennomsnitt antall år

Erfaring fra helsesektoren	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet		
Ja	100	95	96		
Nei	0	5	4		
(N)=100%	(2)	(21)	(23)		
Antall år	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet		
Gjennomsnitt antall år	22,5	15,4	16,1		
Standardavvik	3,5	12,2	11,8		
(N)=100%	(2)	(20)	(22)		
Erfaring fra helsesektoren	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Ja	100	100	67	67	100
Nei	0	0	33	33	0
(N)=100%	(7)	(7)	(3)	(3)	(3)
Antall år	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Gjennomsnitt antall år	11,7	23,3	19,7	14,5	13,7
Standardavvik	8,1	11,4	16,2	14,8	18,5
(N)=100%	(7)	(7)	(2)	(2)	(3)

Hvilken sektor direktørene er rekruttert fra vises i tabell 6.23. Her ser vi at de fleste kommer fra det offentlige, da hele 78 % er rekruttert fra ulike virksomheter innenfor denne sektoren. Flertallet av disse kommer fra offentlig sykehus eller andre offentlige helseinstitusjoner, men en vesentlig andel er også rekruttert fra annen offentlig virksomhet uten tilknytting til helsesektoren. I tillegg ser vi at noen av direktørene også er hentet fra tidligere eierskap gjennom fylkeskommunal helseforvaltning. Den lave andelen på 18 % fra privat virksomhet, kan tyde på at rekrutteringen i langt større utstrekning har vært sentrert rundt kandidater innenfor offentlig virksomhet fremfor kandidater fra det private næringsliv, selv om privat sektor er godt representert i styrene. Dette da som en følge av at det kom frem av rekrutteringsprosessen at nesten samtlige "første valg" takket ja til direktørstillingen. Et annet moment kan være at sykehusdirektørstillingens "belastede" rykte kan ha slått negativ ut for interessenter fra privat virksomhet. Videre finner vi ingen signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene eller mellom regionene, når det gjelder hvilke sektor direktørene kommer fra.

Tabell 6.23 Prosentvis fordeling av sektor direktørene ble rekruttert fra

Kom til nåværende stilling fra – sektor	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet		
Fylkeskom./ annen helseforvaltning	20	11	12		
Off. sykehus/ annen off. helseinstitusjon	0	50	42		
Annen offentlig virksomhet	40	21	24		
Privat innenfor helsesektoren	0	4	3		
Annen privat	40	11	15		
Annen organisasjon	0	4	3		
(N)=100%	(5)	(28)	(33)		
Kom til nåværende stilling fra – sektor	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Fylkeskom./ annen helseforvaltning	30	0	0	0	20
Off. sykehus/ annen off. helseinstitusjon	30	63	40	60	20
Annen offentlig virksomhet	10	13	20	40	60
Privat innenfor helsesektoren	0	13	0	0	0
Annen privat	30	0	40	0	0
Annen organisasjon	0	13	0	0	0
(N)=100%	(10)	(8)	(5)	(5)	(5)

Ser vi på hvor direktørene har jobbet lengst, forsterkes tendensen fra forrige tabell. I tabell 6.24 nedenfor ser vi at de aller fleste har hatt lengst tilknytning til offentlig sektor i løpet av sin yrkesaktive karriere. Kun 16 % av direktørene har jobbet lengst i det private næringsliv. Dette tyder på at lang erfaring fra privat næringsliv i mange styreverter ikke har blitt sett på som utslagsgivende under rekrutteringen av direktør. Et slik funn strider da mot det faktum at styreverter under vurderingen av rekrutteringskriteriene for direktør, faktisk gir erfaring fra denne type virksomhet minst like stor vekt som erfaring fra offentlig sektor. Vi finner heller ikke her signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene og mellom regionene.

Tabell 6.24 Prosentvis fordeling av sektor direktørene har vært lengst tilknyttet

Hvilken sektor jobbet lengst innenfor	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet		
Fylkeskom./ annen helseforvaltning	0	5	4		
Off. sykehus/ annen off. helseinstitusjon	25	48	44		
Annen offentlig virksomhet	75	24	32		
Privat innenfor helsesektoren	0	0	0		
Annen privat	0	19	16		
Andre	0	5	4		
(N)=100%	(4)	(21)	(25)		
Hvilken sektor jobbet lengst innenfor	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Fylkeskom./ annen helseforvaltning	14	0	0	0	0
Off. sykehus/ annen off. helseinstitusjon	43	63	25	33	33
Annen offentlig virksomhet	29	25	50	33	33
Privat innenfor helsesektoren	0	0	25	0	0
Annen privat	14	13	0	33	0
Annen organisasjon	0	0	0	0	0
Andre	0	0	0	0	33
(N)=100%	(7)	(8)	(4)	(3)	(3)

Et annet aspekt er hvilke type stillingsnivå direktørene er rekruttert fra. I tabell 6.25 ser vi at alle direktørene kommer fra en eller annen form for lederstilling.

Tabell 6.25 Prosentvis fordeling av direktørenes forhenværende stillingsnivå

Kom til nåværende stilling fra - stillingsnivå	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet		
Administrativ topplederstilling	100	89	91		
Administrativ mellomlederstilling	0	7	6		
Faglig lederstilling	0	4	3		
(N)=100%	(5)	(28)	(33)		
Kom til nåværende stilling fra - stillingsnivå	Helse Sør	Helse Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Adm. topplederstilling	90	88	80	100	100
Adm.mellomlederstilling	10	13	0	0	0
Faglig lederstilling	0	0	20	0	0
(N)=100%	(10)	(8)	(5)	(5)	(5)

Nesten alle (90 %) var innehavere av en topplederstilling før de inntrådte i direktørstillingen i helseforetak. Kun et fåtall av direktørene kom fra en mellomlederstilling eller en faglig lederstilling. Dette betyr at styrene med sin omfattende ledelseskompetanse har hatt et klart ønske om å rekruttere personer som har erfaring fra topplederstillinger. Tendensene er de

samme mellom foretaksnivåene og mellom regionene, alle har i stor grad prioritert denne type erfaring hos sine direktører.

6.5 Tolking i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

6.5.1 Rekrutteringsprosess

Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv fokuserer på formell organisering for best å kunne oppnå målsettingene for organisasjonen. En viktig forutsetning er da å styre tilgangen på deltakere der viktige beslutninger blir fattet. Deltakelsesmønsteret under rekrutteringen viste at styreleder hadde en sentral rolle under denne prosessen. Kun i et tilfelle var styreleder utelatt fra rekrutteringen. Styreleder har altså vært viktig, og har sammen med et utvalg av styremedlemmer utført rekrutteringen i over halvparten av de undersøkte rekrutteringsprosessene. Rekrutteringen av direktør har bare i to av de undersøkte tilfellene blitt utført av alle medlemmene i styret. Dette vil i lys av dette perspektivet peke i retning av at man i de fleste tilfeller bevisst har redusert antall deltakere i selve rekrutteringsprosessen, i den hensikt å kunne la de mest kompetente styrerepresentantene få gjennomføre prosessen raskt og effektivt, med best mulig resultat for det enkelte helseforetak. Den utstrakte bruken av rekrutteringsfirma som et virkemiddel for effektivt å kunne samkjøre uttalte målsettinger opp mot de kandidater som er tilgjengelig/ kvalifiserte for direktørstillingen, støtter dessuten opp under dette.

Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv tar i liten grad høyde for ekstern påvirkning. Styrelederne oppgav at slik påvirkning i liten grad hadde funnet sted. Omgivelsene i form av media, profesjoner, politiske – eller geografiske grupperinger gis tilnærmet ingen reell påvirkningskraft under rekrutteringsprosessen. Kun rekrutteringsfirmaenes anbefalinger oppgis å ha blitt ilagt en del vekt. Et slikt mønster er klart i samsvar med hva jeg forventet ut fra dette perspektivet. Det at rekrutteringsfirmaene har hatt en viss innflytelse må her sees i sammenheng med at de i mange tilfeller har inngått i den formelle organiseringen av direktørrekrutteringen. Den marginale påvirkningen utenfra forsterkes bare av at styrelederne gav brukergrupper, media/opinion, profesjoner og lokale/ regionale myndigheter ingen reell innvirkning på det endelige valg av direktør som ble gjort i eget styre. I tråd med hva jeg ut fra dette perspektivet forventet, valgte styrene å ta hensyn til aspekter vedrørende sykehusreformens målsettinger om økt fokus på formell ledelseskompetanse hos ledere. Man

valgte da særlig å ta hensyn til aspekter som omhandler hensyn ”faglige/ profesjonelle” sider ved kandidatene, men også sider som omhandler ”fornyelse og omstilling”.

Styrelederne karakteriserte enigheten rundt valg av ansatte direktører som ”både og” innad i foretaksstyrene. I lys av dette perspektivet vil uenighet kunne oppstå som følge av dårlig utarbeide målsettinger, eller dårlig hierarkisk styring under rekrutteringen. Dårlig utarbeidede målsettinger kan ha skapt diffuse krav til direktører, mens dårlig hierarkisk styring kan ha gitt uklare signaler å jobbe ut fra under rekrutteringen. Tendenser til at spesielt den hierarkiske styringen kan ha vært noe uklar, kom også frem av de empiriske funn. Noen styreledere mente det forelå retningslinjer for rekrutteringen fra eierdepartementet, mens andre oppgav at dette ikke var tilfelle. Slike uklarheter samsvarer dårlig med hva jeg ville forventet ut fra dette perspektivet, da det her tas forgitt at man involverte aktører som kjenner til eventuelle retningslinjer. Et annet aspekt som likebehandling, ble av styrelederne oppgitt å ha blitt ilagt stor vekt. En slik praksis vil her komme som et resultat av at det stilles krav til likebehandling i alle ansettelsesprosesser vedrørende stillinger i offentlig sektor.

Et i etterkant svært omdiskutert aspekt ved rekrutteringen av foretaksdirektørene er lønn. Styrelederne karakteriserte bruken av lønn som virkemiddel for å tiltrekke seg søkere og det å komme til enighet med ønsket kandidat som ”både og”. Ut fra dette perspektivet vil en slik vektlegging av lønn sees i sammenheng med det sett av virkemidler som brukes under rekrutteringsprosessen. Varierende tilgjengelighet og konkurranse på arbeidsmarkedet kan ha ført til ulik bruk av lønn som ”lokkemiddel”. Helseforetakenes ulike størrelse og lokalisering kan ha påvirket i hvilke grad de enkelte foretak har måttet benyttet lønn som virkemiddel for å få tilgang til de beste kandidatene. Det faktum at nesten samtlige førstevalg takket ja til stillingen, kan også ha virket inn på bruken av lønn i ansettelsesprosessen. Enten da ved at man har lagt seg på en svært attraktiv linje i utgangspunktet, eller ved at man har sluppet å bruke lukrative lønnsavtaler for å få godt kvalifiserte personer til å takke ja til stillingen. Et annet moment er at eierdepartementet har pålagt foretakene å ikke være ”lønnsledende” i markedet, noe som kan ha moderert bruken av lønn som virkemiddel i denne prosessen.

Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv retter fokus mot resultatorientering. Kjennskap til egnede kandidater innad i styrene, kan i denne sammenheng brukes aktivt for å rekruttere best kvalifiserte person til direktørstillingen. Det at mange styreledere på forhånd kjente direktør gjennom media, personlig nettverk eller rekrutteringsfirma, viser at ulike kjennsapsformer

kan ha blitt brukt for finne frem til personene med ønskede kvalifikasjoner. I dette perspektivet blir ikke aspekter rundt for eksempel personlig nettverk problematisert. Fokus rettes mer mot en resultatorientert tankegang, der det å tilegne seg en person med best mulig kvalifikasjoner er det viktigste, men da selvfølgelig innenfor gitte rammer og gjeldende lovverk. Videre vil man ut fra dette perspektivet kunne si at rekrutteringen har vært vellykket i den forstand at det kun ble takket nei til direktørstillingen ved ett tilfelle. Det at styrelederne karakteriserer graden av aktivt søk etter kandidater som ”svært liten”, peker dette klart i retning av at rekrutteringsprosessen er utført på en tilfredsstillende måte med høy grad av måloppnåelse.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Selv om det rasjonelt - instrumentelle perspektivet åpner for ulik praksis i organiseringen og utførelsen av rekrutteringsprosessen, fant vi få forskjeller mellom foretaksnivåene. Lokale helseforetak er noe mer opptatt av hensynet til brukere/ pasienter enn hva de regionale helseforetakene er. En slik forskjell i hensyntaking vil her måtte forklares med den frihet man har til å vurdere disse gruppens innflytelse. Samme forklaring vil i dette perspektivet kunne benyttes i forhold til forskjellene som kommer frem når det gjelder kjennskap til ansatte direktør. Personlig kjennskap og kjennskap gjennom media er langt mer utbredt på regionalt nivå, noe som i lys av dette perspektivet vil kunne forklares ut fra ulik bruk av denne type virkemiddel for å finne rette kandidat til direktørstillingen. Den siste forskjellen som kom frem av de empiriske funn gjaldt graden av oppfordring for å få kandidater til å søke stillingen. Denne type praksis er langt mer utbredt på regionalt enn på lokalt nivå. Ulike kvalifikasjonskrav kan gi ulike forutsetninger for å finne de rette kandidatene. Hvis de regionale foretakene som er høyere i organisasjonshierarkiet stiller større krav til direktør, vil det være naturlig at disse fører en mer aktiv sondering av kandidater på markedet. I tillegg kan de regionale helseforetakene i kraft av sin posisjon være mer attraktive hos kandidater som vanligvis ikke selv går aktivt ut for å søke på ledige stillinger.

6.5.2 Egenskaper ved direktører

De empiriske funn viste at kun et fåtall av direktørene er kvinner. Fra et rasjonelt - instrumentelt perspektiv vil dette komme som et resultat av at det sannsynligvis ikke fantes nok kvalifiserte kvinnelige direktørkandidater. Styrene har vektlagt andre egenskaper ved direktørene, noe som da har ført til en skjev fordeling mellom direktørenes kjønn. Det samme gjelder for alderssammensetningen som også bærer preg av ensidighet. En av egenskapene

som vil være nærliggende å tro at har hatt stor innflytelse er utdanning. Stor frihet til selv å bestemme direktørers profesjonsbakgrunn har ikke ført til store variasjoner på dette området. Det at over 40 % av direktørene er leger, viser at det har blitt lagt stor vekt på kjennskap til sykehusenes faglige sider. Ett slikt rekrutteringsmønster vil i lys av dette perspektivet forklares med at helsefaglig innsikt blir sett på som viktig for å oppnå rasjonell ledelse i helseforetak. Lignende forklaring vil også kunne brukes om direktører med økonomisk utdanningsbakgrunn som utgjør en andel på ca. 25 %, men da er det økonomiske driftsintensiver som har blitt lagt til grunn for å oppnå best mulig ledelse.

Det at et stort flertall av direktørene har lang erfaring fra helsesektoren, samtidig som at over halvparten er rekruttert direkte fra ulike deler av offentlig helsesektor, viser at styrene har sett på oppdatert kunnskap om egen virksomhet som svært viktig. I tillegg er mange direktører rekruttert direkte fra andre deler av offentlig virksomhet, noe som viser at også erfaring fra slik virksomhet har blitt foretrukket i mange styrer. Rekrutteringen har altså i stort omfang vært sentrert rundt disse virksomhetene, noe som i lys av dette perspektivet vil si at styrene har lagt stor vekt på kompetanse herfra. Dette understrekes klart av den moderate rekrutteringen av direktører direkte fra privat virksomhet, samt ved at svært få av direktørene hadde jobbet lengst innenfor slik virksomhet. I denne sammenheng vil også tilgjengelighet kunne være en innvirkende faktor. Det at flertallet av direktørene har sin bakgrunn fra helsesektoren eller annen offentlig virksomhet, kan komme som et resultat av at tilgangen på egnede kandidater fra privat virksomhet er begrenset. Her tenkes det spesielt på offentlig virksomhets vanskelige konkurransesituasjon ovenfor private virksomheter, der sistnevntes lønnsnivå og personlige betingelser ofte gir viktige konkurransefortrinn under rekruttering av den best kvalifiserte arbeidskraften. Helseforetakene kan derfor ha hatt problemer med å rekruttere de mest attraktive lederne fra private virksomheter. Utover dette er formell ledererfaring er godt representert blant direktørene. Svært mange kommer direkte fra topplederstillinger, noe som stemmer godt overens med utledede forventinger fra dette perspektivet. Sykehusreformens pålegg om å ivareta et slikt aspekt hos nye ledere i sykehus, har på mange måter blitt innfridd på bakgrunn av rekrutteringsmønsteret. Da vel å merke er det i hovedsak snakk om lederkompetanse fra helsesektoren eller annen offentlig virksomhet, ikke i særlig grad fra private virksomheter.

Forholdet mellom foretaksnivåene / forholdet mellom regionene

Rekrutteringen av direktører viste ingen signifikante forskjeller verken mellom foretaksnivåene eller mellom regionene. Et slikt rekrutteringsmønster vil her kunne forklares med at det har vært relativt stor enighet rundt hvilke typer egenskaper en direktør i helseforetak bør besitte. Stor frihet til selv å bestemme hvilke egenskaper som skal vektlegges, samt bredt sammensatte styre har ikke ført til nevneverdige forskjeller i rekrutteringsmønster. Likt syn på hvilke egenskaper som er viktige for å gjøre en tilfredsstillende jobb i denne stillingen, har derfor sannsynligvis vært fremtredende.

6.6 Tolking i lys av et institusjonelt perspektiv

6.6.1 Rekrutteringsprosess

Praksisen under rekrutteringen av direktører viste at deltakelsesmønsteret fra styrene varierte noe mellom foretakene. Standardregler for organiseringen har ikke vært til stede, slik at det enkelte foretak i stor grad selv har styrt tilgangen på deltakere i denne prosessen. Dette har da ført til ulik formell organisering av selve rekrutteringen. Fra dette perspektivet hadde jeg forventet en mer moderat deltakelse fra eksterne rekrutteringsfirma, enn hva som her har vært tilfelle. Dette kommer av at innhenting av eksterne rådgivere tradisjonelt ikke har hatt noe stort omfang i rekrutteringsprosesser i sykehus (Klassekampen 13.04.2005), og dermed ville kunne bli møtt med skepsis i styrene. Videre kom det frem at styrelederne hadde et nokså ulikt syn på om det forelå noen form for retningslinjer for hvordan rekrutteringen skulle utføres. Ut fra dette perspektivet kan dette tolkes i retning av at uformell påvirkning kan ha funnet sted i flere av prosessene. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at noen styreledere oppgir at det forelå muntlige retningslinjer for utførelsen av rekrutteringen. Et slikt funn styrker forklaringskraften til dette perspektivet, ettersom man åpner for denne type uformell påvirkning.

Styrelederne gav klart uttrykk for at ”faglige og profesjonelle” hensyn, samt hensyn til ”fornyelse og omstilling” la mest føring på rekrutteringen. Ut fra dette perspektivet hadde jeg forventet at hensyn til eierdepartement, egne institusjoner, profesjoner og brukergrupper hadde vært mer fremtredende, og da kanskje spesielt fra sentrale profesjoner som tradisjonelt har stått sterkt innen helsesektoren. Tendensene bryter med utledede forventninger også når det gjelder hvilke betydning ulike grupperinger har hatt før endelig valg av direktør i det enkelte foretaksstyre. Verken media, profesjoner, politikere eller geografiske grupperinger

blir gitt noen betydning for tilsettingen som har blitt gjort. Dette forsterker bildet av som ble dannet av styrenes hensynstaking under prosessen, særlig ettersom rekrutteringsfirma i denne sammenheng oppgis å ha hatt betydning for styrenes valg flere steder.

I et institusjonelt perspektiv vil radikale forslag til kandidater for direktørstillingen kunne bli møtt med motstand. Styrelederne karakteriserte enigheten rundt direktørvalg som ”både og”. Ut fra en slik karakteristikkk vil en kunne danne seg et bilde av at enigheten ikke har vært like stor i alle foretakene. Fra et institusjonelt ståsted vil da hensyn til likebehandling av de ulike kandidatene der uenighet forligger, være viktig. Likebehandlingen oppgis av styrelederne å ha blitt ivaretatt i samtlige styrer, noe som stemmer godt overens med hva jeg forventet ut fra dette perspektivet. En slik behandling er her en viktig forutsetning for å bevare legitimiteten rundt resultatet av den enkelte rekrutteringsprosess. Rekrutteringspraksis i henhold til gjeldene standardregler på dette område samsvarer derfor godt med forventinger utledet fra dette perspektivet. Dette gjør seg også gjeldende i forhold til et annet viktig aspekt, nemlig direktørens lønnsvilkår. Styrelederne karakteriserte viktigheten av lønn som ”både og” i forhold til å tilrekke seg og komme til enighet med rekrutterte direktør. Et slikt funn vil her kunne tolkes i retning av at man har fulgt gjeldende rammebetingelser gitt av eierdepartementet. Dette gjelder da rammebetingelser som pålegger styrene å ikke gi direktører lønnsbetingelser langt utover det som finnes i andre sammenlignbare stillinger i samfunnet.

Ut fra dette perspektivet vil det å skape legitimitet for valg av direktører, gjøres ved å utføre rekruttering innfor aksepterte former og standardregler. I denne sammenheng kan tette kjennskapsbånd mellom de som foretar utvelgelsen, og de som blir valgt som direktører være problematisk. Styrelederne viste seg i mange tilfeller å ha kjennskap til valgte direktør. En fjerdedel av styrelederne hadde slikt kjennskap gjennom personlig nettverk. Dette gjør at tette relasjoner mellom valgte direktører og personer i foretaksstyrene kan ha vært utslagsgivende i enkelte prosesser. Om dette er tilfelle, stemmer forventinger utledet fra dette perspektivet dårlig med den praksis som eventuelt har blitt ført i flere styrer. Det vil i så fall kunne svekke troverdigheten av den påståtte likebehandlingen av direktørkandidatene, som styrelederne hevder i stor utstrekning har funnet sted.

Det at man har utlyst direktørstillingen gjennom stillingsannonser i samtlige foretak, viser at man i tråd med mine forventinger har lagt vekt på å benytte tradisjonelle kanaler for

rekruttering innen offentlig virksomhet. Aktivt søk etter kandidater har etter styreledernes vurderinger hatt et beskjedent omfang. Det svekker da inntrykket av at rekrutteringsfirmaene har spilt en omfattende rolle under rekrutteringen i flere av foretakene, slik at det institusjonelle perspektivet kan sies å ha en viss forklaringskraft for fremgangsmåten som har blitt fulgt under rekrutteringen av foretaksdirektørene.

Forholdet mellom foretaksnivåene

Forholdet mellom foretaksnivåene viser kun moderate forskjeller i forhold til rekrutteringsprosessen. Noen nyanser kommer imidlertid frem blant annet i forhold til hvilke hensyn som ble tatt under rekrutteringen. Selv om styrlederne på begge foretaksnivå oppgir at brukere/ pasienter er lite tatt hensyn til under rekrutteringen, er styreledere i lokale helseforetak noe mer opptatt av slike hensyn enn styreledere i regionale helseforetak. Deres nærhet til nettopp disse gruppene kan som følge av dette perspektivet ha gjort dem mer oppmerksom ovenfor disse aktørene. I tillegg kan det at lokale foretak i stor utstrekning bygger på etablerte institusjoner, der innflytelsen fra brukere/ pasienter kan ha hatt et visst fotfeste, ha medvirket til at hensynstakingen har vært større på dette nivået. Andre forskjeller mellom nivåene gikk på hvorvidt styret kjente til ansatte direktør før rekrutteringen startet, og om man gikk aktivt ut for å oppsøke aktuelle kandidater. Personlig kjennskap forekommer kun på lokalt nivå. Samtidig var det flere på dette nivået som kjente direktør gjennom media. Likevel er det ført et mer aktivt søk etter aktuelle kandidater på regionalt nivå. Ut fra dette perspektivet vil slike forskjeller kunne sees i sammenheng med deres plassering i foretaksorganisasjonen. Kjennskap på lokalt nivå vil kunne være mer utbredt som følge av at de representerer mindre geografiske enheter, der styrene lettere vil kunne ha oversikt over aktuelle kandidater til direktørstillingen. Et mer aktivt søk på regionalt nivå vil være naturlig ettersom kravene til ledere gjerne blir større jo høyere man kommer i organisasjonshierarkiet.

6.6.2 Egenskaper ved direktører

Direktørenes kjønns - og alderssammensetning er klart i tråd med hva jeg ut fra dette perspektivet ville forventet. Dominansen av menn er overveldende, og flertallet av disse er over femti år. Det tradisjonelle mønsteret som kommer frem i forhold til disse egenskapene, viser at generelt økt fokus på å rekruttere kvinner til topplederstillinger ikke har hatt noen betydning for de valg av direktører som har blitt gjort i foretaksstyrene.

De rekrutterte direktørenes utdanning står sentralt i det institusjonelle perspektivet. Funnene viste at mange direktører er medisinere. Dette samsvarer klart med hva jeg forventet i lys av dette perspektivet, ettersom mange tidligere sykehusdirektører hadde slik profesjonsbakgrunn. Det at medisinere også kan ha styrket sin posisjon blant direktører etter foretaksorganiseringen, viser at allerede innflytelsesrike profesjoner har fått godt fotfeste i denne type stilling etter sykehusreformen. Tidligere maktkonstellasjoner mellom profesjonene står ved lag. Endringer finnes i størst utstrekning mellom de to mest innflytelsesrike profesjonene. Medisinere har styrket sin stilling blant direktører. Dette har da i all hovedsak godt på bekostning av økonomer, men det har også ført til noe mindre innflytelse fra andre profesjoner. Med sin uttalte frykt for at økonomer ville komme til å ta over ledelsen av sykehusene, kan medisinere ha klart å forsterke sin stilling blant direktørene. Sykehusreformens økte fokus på ledelse, der det har ligget i kortene at man har ønsket å svekke legers dominerende stilling i sykehus, har ikke ført til endringer i retning av mindre innflytelse for medisinere. De dominerer også stort i forhold til andre helserelaterte profesjoner. Kun en av direktørene har annen helsefaglig utdanningsbakgrunn. Klart i tråd med mine forventinger opprettholdes deler av hierarkiet blant profesjonene i sykehusene gjennom rekrutteringspraksisen som har blitt utført.

I tillegg til utdanning er yrkeserfaring et viktig aspekt ved rekrutteringsprosesser i et institusjonelt perspektiv. Fra dette perspektivets ståsted vil det være naturlig at mange direktører har yrkeserfaring fra helsesektoren, og at mange rekruttertes direkte fra egen virksomhet. Dette stemmer godt overens med det faktiske rekrutteringsmønsteret, og gir derfor svært god forklaringskraft til et institusjonelt perspektiv. Kun et fåtall av direktørene har aldri arbeidet innefor helsesektoren. Kjennskap til innarbeidede normer og regler i helsesektoren har derfor blitt ilagt stor vekt av styrene under rekrutteringen. Dette kommer klart frem av den svært høye ansienniteten som finnes blant direktørene med erfaring fra helsesektoren. At slike direktører i snitt har hele 16 år bak seg fra helsesektoren, illustrerer klart viktigheten av å ha hatt inngående kjennskap til helseforetakenes ansvars- og virke område. En slik tendens forsterkes av at halvparten av direktørene kommer direkte fra topplederstillinger innen offentlig helsesektor. Flere kommer i tillegg fra lederstillinger i annen offentlig virksomhet. Dette viser at oppdatert kunnskap om ledelse i sykehusene, samt slik kunnskap fra nærliggende offentlig virksomhet har vært svært viktig.

Ut fra et institusjonelt perspektiv forventes det at radikale reformforsøk kan møte motstand. Det at kun et fåtall direktører er rekruttert direkte fra private virksomheter, kan komme som et resultat av at slike ledere har blitt oppfattet som en ”trussel” mot opprettholdelsen av offentlige sykehus. Med sin ledererfaring fra profitorienterte virksomheter, kan de av mange ha blitt sett på som lite egnede for å ivareta oppgaver offentlige sykehus blir satt til å utføre. Et annet moment er at en ved å rekruttere fra egne rekker fremfor fra det private, signaliseres det at sykehusene fortsatt skal være i offentlig ”eie”. Valg av direktører med bakgrunn fra helsesektoren viser da at sykehusreformen ikke fremstår som første steg mot privatisering av offentlige sykehus.

Forholdet mellom foretaksnivåene / Forholdet mellom regionene

Det institusjonelle perspektiv åpner for ulik grad av tilpassning/ tolkning av nye reformer. Eventuelle forskjeller i tidligere rekrutteringsmønster vil her kunne påvirke rekruttering av direktører. Det at jeg ikke finner signifikante forskjeller mellom foretaksnivåene eller mellom regionene gir dette perspektivet en noe redusert forklaringskraft, da det her åpnes for at slike forskjeller kan ville kunne forekomme. Likevel viser de generelle tendensene i samtlige foretak uansett nivå og region, der menn i femtårene rekruttert fra egen sektor dominerer, klart samsvar med hva jeg forventet fra ut fra dette perspektivet.

6.7 Oppsummering

Rekrutteringsprosessen ble for det meste utført av kun deler av foretaksstyrene. Her har styreleder som oftest vært den sentrale aktøren. I tillegg har det blitt praktisert en utstrakt bruk av rekrutteringsfirma. Videre vurderer styrelederne påvirkningen utenfra som svært begrenset. Få retningslinjer ble gitt fra den politiske ledelse, og de som ble gitt var stort sett gitt muntlig. I rekrutteringsprosessen ble det i første rekke tatt hensyn til ”faglige/ profesjonelle” og ”fornyelse og omstillings” egenskaper, på bekostning av tradisjonelle aktører som brukere, profesjoner, kommunale og regionale myndigheter. Disse blir gitt tilnærmet ingen betydning for tilsetting av valgte direktør. Lønn blir i varierende grad karakterisert som et viktig virkemiddel i denne prosessen. Kjennskap til kandidatene har til enn viss grad vært viktig, da det kun ved et tilfelle ble oppgitt at styreleder ikke hadde kjennskap til valgte kandidat før rekrutteringen startet. På regionalt nivå gikk en aktivt ut for å oppfordre kandidater til å søke, mens en på lokalt nivå gjorde dette i langt mindre utstrekning. Kun ved ett tilfelle ble det takket nei til stillingen, noe som viser at interessen var relativt stor hos de aktuelle kandidatene.

De ansatte direktørene har klare likhetstrekk med tidligere sykehusdirektører. De er nesten utelukkende menn rundt femti år og eldre. Svært mange er leger, samtidig som noen er økonomer i likhet med hva som tidligere har vært vanlig. Legene dominerer imidlertid mer enn hva de gjorde tidligere. Videre er flertallet av direktørene rekruttert fra offentlig sektor, og at nesten alle har erfaring fra helsesektoren. Dette betyr at langt flere direktører har sin yrkesbakgrunn fra helsesektoren, enn hva man finner blant styrerepresentantene i foretaksstyrene. Innslag av personer rekruttert fra private virksomheter er blant direktørene også langt mer beskjedent enn hva man finner hos styremedlemmene.

7 Hovedtrekk ved styremedlemmer og direktører i helseforetak

Denne studien tar sikte på å kartlegge demografiske sider ved styrer i helseforetak, samt hvordan styrene påvirker rekrutteringen av administrerende direktører. I de tre forrutgående kapitlene har jeg gått gjennom en detaljrik presentasjon av styrene og deres holdningsmønster, rekrutteringsprosessen og administrerende direktører i lys av et utfyllende teoretisk bakteppe. Nå vil jeg skissere hovedtrekkene fra denne gjennomgangen med tanke på den overordnede problemstillingen, og deretter gjøre en tolkning av disse funnene i lys av de valgte teoretiske perspektiver.

7.1 Styrene, rekrutteringsprosessen og de rekrutterte direktørene

De som sitter i foretaksstyrene har klare likhetstrekk med de generelle kravene som tidligere helseminister Tore Tønne stilte til den samlede kompetanse i styrene. Representantene kommer fra et bredt spekter av virksomheter både innenfor offentlig og privat virksomhet, samtidig som kompetanse fra helsesektoren er ivaretatt. Styremedlemmenes utdanningsbakgrunn er i likhet med deres virksomhetstilknypning bredt sammensatt, med størst andel av økonomer og medisinerere. Sistnevntes andel er klart i tråd med ønsket fra en tradisjonelt viktig aktør som Legeforeningen (Tidsskrift NLF nr. 121 2001). Av styresammensetningen kom det også frem at den formelle lederkompetansen er godt ivaretatt. Styremedlemmene sitter på betydelig ledererfaring fra topplederstillinger, og ulike typer styrerverv innen offentlig og privat virksomhet. De er også svært aktive i andre styrer, noe som kan underbygge Riksrevisjonens påstand om at styremedlemmene har for mange "bein" å stå på ved siden av sitt verv i helseforetak (BT 12.02.2004). Videre viser styresammensetningen at avviklingen av partssammensatte styrer ikke har ført til at personer innen politikk eller fra interesseorganisasjoner har blitt ekskludert fra sykehusstyrene. Det finnes nå som tidligere aktive politikere i styrene, samt personer med tilknytning til interesseorganisasjoner. Samlet utgjør disse en stor andel av styrerepresentantene, noe som kan bety at bakgrunn fra disse miljøene har vært innfallsporten til styrene for mange. Dette på tross av at deres representasjon strider mot noe av tankegangen bak overgangen fra partsammensatte til profesjonelt sammensatte styrer.

Styrerepresentantene har et relativt klart syn på hvilke egenskaper ved direktører de ser på som viktigst. Egenskaper knyttet til kandidatenes ledererfaring og resultater i tidligere stillinger skiller seg ut som de klart viktigste i følge styremedlemmenes vurderinger. Disse

egenskapene sees på som langt viktigere enn egenskaper knyttet til direktørens virksomhets- og utdanningsbakgrunn, samt hvorvidt de aktuelle kandidatene er menn eller kvinner. Særlig gjelder dette i forhold til sistnevnte avveining, som av nesten samtlige styremedlemmer blir sett på som svært lite relevant. Denne type holdninger har klare likhetstrekk med det fokus sykehusreformen pålegger styrene å ivareta under utvelgelsen av egnede foretaksdirektører. Dette gjelder særlig i forhold til det å legge vekt på mer formelle sider ved det å være leder, men også i forhold til det at man nå ikke skal favorisere enkelte profesjoner eller bestemte typer virksomhetsbakgrunn hos aktuelle kandidater. Det at ingen profesjon har blitt favorisert, gjøres da med et forbehold om at leger ikke dominerer på bakgrunn av den andelen de nå utgjør blant direktørene.

Den praktiske utførelsen av selve rekrutteringsprosessen har i stor utstrekning vært forbeholdt en avgrenset del av styrene. Styrelederne har spilt en sentral rolle, samtidig som man ofte har benyttet seg av eksterne konsulentfirma. I de fleste tilfeller karakteriseres rekrutteringen som en lukket prosess, siden verken formelle retningslinjer eller press fra eksterne aktører har hatt noen reell innvirkning på de valg som er blitt gjort. De hensyn som styrene oppgir å ha ligget til grunn for valg av direktør omhandler hovedsakelig aspekter tilknyttet ”fornyelse og omstilling”, samt kandidatens ”faglige/ profesjonelle” bakgrunn. Det er også verdt å merke seg at kjennskap til ansatte direktører fra tidligere, er utbredt. Et annet viktig moment er lønn. Selv om det fra styreledere og rekrutteringsfirma i forkant av rekrutteringen ble hevdet at ”konkurransedyktig” lønn var en viktig forutsetning for å finne egnede direktører (VG 16.11.2001), oppgis lønn av styrelederne å ha hatt varierende betydning for å komme til enighet med ønskede kandidater. Lønnsnivået som nå foreligger, betegnet som ”sykt” (Dagbladet 10.11.2001) og ”ute av kontroll” (Dagbladet 16.02.2004), har etter styrelederens mening ikke nødvendigvis sammenheng med krav stilt av ønskede direktørkandidater.

De valg styrene har gjort under rekrutteringen av direktører kjennetegnes først og fremst av den ensidige virksomhetstilhørigheten. Nesten alle direktører har en omfattende erfaring fra helsesektoren og annen offentlig virksomhet. Kun et svært begrenset antall direktører kommer direkte fra privat virksomhet. Det er også verdt å merke seg at de fleste kommer fra topplederstillinger, og at fraværet av hensyntaking til likestilling kun har gitt to kvinner tilgang til direktørstillingene. Som en kuriositet til den lave andelen kvinnelig direktører, er det verdt å nevne at 70 prosent av alle ansatte i norske sykehus er kvinner (Aftenposten 80.03.2004). Menns dominans innen topplederstillinger i samfunnet generelt har dermed på

ingen måte blitt svekket som følge av denne rekrutteringsprosessen. Et annet viktig funn er at medisinerer ser ut til å ha styrket sin posisjon blant toppledere i sykehus fra tidligere. Det er nå flere direktører med medisinsk bakgrunn i helseforetak enn det var i de tidligere fylkeskommunale sykehusene før sykehusreformen ble iverksatt.

7.2 Er styrerepresentanter og direktører kloninger eller ikke?

De empiriske funn viste at det finnes enkelte likhetstrekk mellom styrerepresentantene og de rekrutterte direktørene, som muligens kan ha vært med på å påvirke de valg som har blitt gjort under rekrutteringen av direktører. Dette gjelder blant annet i forhold til deres utdanningsbakgrunn, ettersom økonomer og medisinerer utgjør de største profesjonene i begge grupperinger. Denne tendensen gir muligens utdannings sammensetningen i styrene et visst påvirkningsgrunnlag på valg av direktør. Det er imidlertid viktig å påpeke at balanseforholdet de to største profesjonene imellom er noe forskjellig. I styrene er økonomer den største profesjonen, mens blant direktørene er medisinerer mest dominerende. Et annet likhetstrekk som kanskje er mer slående, er den markante lederkompetansen i de to grupperingene. Både styremedlemmer og direktører kan i stor utstrekning vise til formell ledererfaring, noe som er ensbetydende med at slik kompetanse har vært svært avgjørende begge steder. Likehetstrekk finnes også i forhold til styremedlemmene og direktørenes alderssammensetning. De rundt femti år utgjør flertallet, noe som klart tilsier at man på mange måter har valgt å rekruttere fra ”egen” generasjons ledere.

Selv om det er påvist enkelte likhetstrekk mellom styremedlemmene og direktørene, finnes det også noen klare ulikheter mellom dem. Den mest påfallende forskjellen er rekrutteringen mellom privat og offentlig sektor. Styresammensetningen viste en jevn fordeling av representanter fra offentlig og privat virksomhet, og en rimelig balansert fordeling mellom personer med og uten erfaring fra helsesektoren. Blant direktørene derimot viste fordelingen et helt annet mønster. Direktører rekruttert fra privat sektor representerer kun unntakene i denne prosessen. Det likeverdige innslaget av styremedlemmer fra offentlig og privat virksomhet har dermed ikke ført til at helseforetakene har vært særlig åpne for å hente direktører fra privat næringsliv. Kompetanse fra offentlig virksomhet har blitt sett på som viktigst i de fleste helseforetakene, selv om holdningsmønsteret viste at både erfaring fra offentlig og privat sektor ble ilagt tilnærmet lik vekt under vurderingen av rekrutteringskriteriene ved direktør. Erfaring fra helsesektoren er langt mer utbredt blant direktørene enn blant styremedlemmene. Bare et fåtall av de ansatte direktørene har ingen

erfaring fra helsesektoren. Dette viser klart at de ”balanserte” styrene på ingen måte har ført til en særlig utvidet ”rekrutteringshorisont” i forhold til direktører, da disse hovedsakelig kommer fra offentlig virksomhet innen helsesektoren. En annen tydelig forskjell er fordelingen mellom menn og kvinner i styrene og hos direktører. De empiriske funn viste at helseforetakene har ivaretatt likestillingsaspektet i foretaksstyrene, mens det har vært totalt fraværende under rekrutteringen av direktører. Denne tendensen viser at den lave vektleggingen av kjønn i holdningsmønsteret til styremedlemmer har medført til en svært skjev kjønnsmessig rekruttering til direktørstillingene. At det sitter mange kvinner i styrene, som er mer opptatt av direktørs kjønn enn menn, har ikke ført til at man har fått mange kvinnelige direktører.

7.3 Trekk ved de ulike nivåene og de ulike regionene

Styrerepresentantene og direktørene er nokså like på de to foretaksnivåene. Dette indikerer at Tønnes ”håndplukkede” styrer på regionalt nivå, i stor utstrekning har brukt egen sammensetning som mal når de selv har satt sammen de lokale styrene. De forskjellene som har blitt påvist, knytter seg til mer sekundære egenskaper som alder og aktivitetsnivået i andre styrer. Regionale styremedlemmer er noe eldre og har noen flere styreverv. Utover dette er likhetene nokså store, noe også deres holdninger til rekrutteringskriterier for direktører viste. Bortsett fra at regionale styremedlemmer vurderer erfaring fra offentlig sektor som noe viktigere enn sin lokale kollegaer, er begge grupperinger mest opptatt av ledererfaring og resultater fra tidligere stillinger. Når det gjelder organiseringen av selve rekrutteringen viste de empiriske funn at regionale styrer har vært mer aktive i forhold til å oppsøke direktørkandidater. Ellers har rekrutteringsprosessen forløpt nokså likt. Dette bildet gjelder også i høyeste grad for de rekrutterte direktørene, ettersom de på begge nivå er innehavere av tilnærmet lik type kompetanse.

Ser man bort fra forholdet mellom regionalt og lokalt foretaksnivå, og deler styremedlemmer og direktører inn etter de fem respektive helseregionene, kommer det frem enkelte nyanser på noen områder. Dette gjelder i første rekke i forhold til den styresammensetningen som har blitt valgt, men også i forhold til hvordan styremedlemmene vektlegger enkelte av egenskapene hos direktører. Jeg vil nå kort oppsummere noen trekk ved de enkelte regionene, som ikke nødvendigvis sammenfaller med praksis i flere av de andre regionene:

Helse Øst

Regionen kjennetegnes av å ha færrest styremedlemmer med tilknytting til helsesektoren. Dette medfører blant annet at det er et mindre innslag av medisinere i Helse Øst enn i de andre regionene. På tross av dette skiller representantene seg paradoksalt nok ut ved å være mer opptatt av at direktører bør ha erfaring fra helsesektoren. Dette holdningsmønsteret sammenfaller godt med de rekrutterte direktørene, ettersom fem av åtte direktører har medisinsk bakgrunn. Videre karakteriseres styrerepresentantene i Helse Øst av å være toppledere og innehavere av et betydelig antall styreverv. Styrervervene er hovedsakelig tilknyttet offentlig forvaltning generelt samt offentlig helsesektor. Mange av styrerepresentantene med tilknytting til helsesektoren kan derfor ha sittet i sykehusstyrer tidligere.

Helse Sør

Helse Sør har færrest kvinner i sine styrer. I tillegg kjennetegnes denne regionene av å ha flest økonomer representert i styrene, samt at styrerepresentantene har hatt flest lederstillinger og bredest erfaring fra andre styrer. Et annet sentralt kjennetegn er at man her finner den største andelen styremedlemmer med erfaring fra helsesektoren og interesserorganisasjoner tilknyttet denne type virksomhet. På tross av dette er styrerepresentantene i denne regionen mindre opptatt av at direktør bør ha erfaring fra helsesektoren. Likevel har alle direktørene i denne regionen erfaring fra helsesektoren og samtlige er menn. Flertallet kommer fra fylkeskommunal helseforvaltning eller offentlige sykehus, men noen er også fra privat virksomhet.

Helse Vest

Helse Vest er den regionen som har flest medisinere og personer med utdanning innen helse representert i styrene. Her finnes også den største andelen styremedlemmer med tilknytning til helsesektoren, og representantene har her den lengste ansienniteten fra denne type virksomhet. Den store andelen representanter fra helsesektoren har gått klart ut over representasjonen til personer tilknyttet annen offentlig virksomhet. En tendens som skiller denne regionen klart ut fra de andre regionene. Videre har styremedlemmene her det høyeste antall verv ved siden av verv i helseforetak. Likevel har få erfaring fra styrer innenfor helsesektoren. Det finnes heller ikke mange styremedlemmer som er aktive politikere eller som har vært tilknyttet interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren i denne regionen. Helse Vest har imidlertid den største andelen av styrerepresentanter som tidligere har vært politikere.

Styremedlemmene i denne regionen er dessuten mer opptatt av lokal forankring hos direktør, enn i hva representantene i de fleste andre regionene er. Når det gjelder direktører er to av fem rekruttert fra privat næringsliv, en av disse er kvinne. To av fem direktører er i tillegg medisinere.

Helse Midt

I Helse Midt kjennetegnes styrene av tilnærmet full likestilling. De styrerepresentantene som kommer fra helsesektoren har en betydelig ansiennitet bak seg. På to sentrale områder skiller styremedlemmene seg fra de andre regionene. Dette gjelder i forhold til erfaring fra politisk arbeid og erfaring fra interesserorganisasjoner innenfor helsesektoren. Aktive politikere og personer med erfaring fra slike organisasjoner er langt bedre representert her, enn i de fleste andre regionene. Holdningene styremedlemmene har til direktører skiller seg ikke fra de andre regionene, men ser man holdningene i forhold til antall styremedlemmer med bakgrunn fra politikken eller interesseorganisasjoner innen helsesektoren, kan man finne en tendens til at man vektlegger erfaring fra offentlig sektor noe mer enn erfaring fra privat sektor. De rekrutterte direktørene er alle menn og kommer fra offentlig virksomhet, og da hovedsakelig fra sykehus eller andre helseinstitusjoner. Få av direktørene er medisinere, mens mange er økonomer.

Helse Nord

Styrene i Helse Nord skiller seg ut fra de andre ved at samfunnsvitere, jurister og humanister utgjør en markant andel av representantene. Likevel har mange erfaring fra helsesektoren. I tillegg kjennetegnes denne regionen med at færrest styremedlemmer har lederstilling eller styreverv i tillegg til verv i helseforetak. De har også vært minst politisk aktive før de gikk inn i foretaksstyrene. Holdningene til direktører skiller seg ut på et område i forhold til flere av de andre regionene. Lokal forankring blir her sett på som noe viktigere enn andre steder. De rekrutterte direktørene er her alle rekruttert fra en topplederstilling innen offentlig sektor.

7.4 Styre og rekrutterte direktører tolket i lys av et rasjonelt – instrumentelt perspektiv

Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv gir støtte til flere aspekter ved styrerepresentantene og rekrutteringsprosessen, samt noen av egenskapene ved de ansatte direktørene. De krav til kompetanse som initiativtakerne bak sykehusreformen satte til styrene er i stort utsterkning representert i foretaksstyrene. Hensynet til likestilling er overholdt i samtlige styre i henhold til gjeldende instruks, og helseforetakslovens krav om at representantene skal ha lokal

forankring er ivaretatt. En praksis som klart er i samsvar med mine forventninger ut fra et rasjonelt - instrumentelt perspektiv. Ivaretagelsen av andre mer generelle politiske målsettinger ved styrene som ikke er omtalt i Helseforetaksloven, gir også støtte til dette perspektivet. Dette kommer blant annet klart frem av det store profesjonsmangfoldet og den brede sektortilhørigheten som nå finnes i foretaksstyrene. I tråd med tidligere helseminister Tore Tønnes intensjoner dominerer ikke enkeltprofesjoner eller personer fra en type sektor styrene. Økonomer har dermed ikke fått den dominerende stillingen i foretaksstyrene som mange fryktet. Målsettingene bak sykehusreformen om å hente nye impulser inn i sykehusstyrene har blitt innfridd som følge av at mange styremedlemmer tilhører annen virksomhet enn den som tradisjonelt har vært representert i disse styrene. Da tenkes det spesielt på at mange styremedlemmer nå kommer fra privat virksomhet, en virksomhet som tidligere har hatt svært begrenset tilgang til sykehusstyrene. Samtidig har man valgt å beholde en viss kompetanse fra helsesektoren i samsvar med uttalte målsettinger. En slik kompetanse har da blant annet gitt personer med bakgrunn fra interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren representasjon i foretaksstyrene. Disse har nå fått innpass i styrene i kraft av sin profesjonelle kompetanse, ikke på bakgrunn av noen form for partsrepresentasjon.

Et annet viktig aspekt som gir stor forklaringskraft til dette perspektivet er det store fokuset på formell ledererfaring. Sykehusreformens målsettinger er ikke bare knyttet til strukturell omorganisering av sykehusene, men også ansvars- og ledelsesaspektet i offentlige sykehus. Gjennom det rasjonelt instrumentelle perspektiv vil derfor den omfattende formelle lederkompetansen i styrene ha stor forklaringskraft. Det at flertallet av styremedlemmene har erfaring fra topplederstillinger og har sittet i flere styrer tidligere, viser at målsettinger om å heve kompetansen på dette området har blitt fulgt. Dette kommer også klart frem av hvilke hensyn styrelederne oppgir å ha lagt til grunn under selve rekrutteringen av direktører. Hensyn knyttet til ”fornyelse og omstilling” og ”fag / profesjonalitet” har vært dominerende, klart i tråd med hva man ut fra dette perspektivet ville forventet.

Andre funn knyttet til selve utførelsen av direktørrekrutteringen gis også støtte i dette perspektivet. Spesielt gjelder dette i forhold avgrensingen av deltakere, og hvorvidt man har latt seg påvirke av eksterne aktører uten formell innflytelse. Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv legger stor vekt på formell organisering som et middel for å nå organisasjonens mål. Det at de fleste styrene har valgt å avgrense antall deltakere under selve gjennomføringen av rekrutteringen, samt at de har valgt å la eksterne konsulentfirma delta i prosessen, vil

kunne sees i sammenheng med en slik vektlegging. Man ønsker kun de mest kompetente personene til å utføre rekrutteringen. Dette blir gjort for best å kunne legge til rette for en rask og effektiv rekrutteringsprosess, der man finner en person med ønskede kvalifikasjoner. Foretaksstyrenes overordnede målsetting er å finne den rette direktør ut fra de mål og preferanser man har satt seg. Hvorvidt personlig kjennskap benyttes for å finne best egnede kandidater, eller om man velger å lytte til aktører utenfor styret, blir i denne sammenheng opp til hvert enkelt styre å avgjøre.

Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv gir støtte til noen av funnene som har blitt gjort rundt de rekrutterte direktørene. Særlig gjelder dette i forholdt til det omfattende fokuset styrene har lagt på ledererfaring hos rekrutterte direktører. Målsettingen om å rekruttere personer med formell lederkompetanse har kommet i første rekke. Dette har da blant annet gått på bekostning av hensynet til likestilling og utdanning. En slik praksis gir klart støtte til dette perspektivet, ettersom det ikke foreligger krav om å ta hensyn til verken likestilling eller spesifikke profesjoner under rekrutteringen. Styrene har stått fritt til å velge de direktører de synes er best egnet til å lede helseforetaket. Det at nesten samtlige direktører er menn med erfaring fra helsesektoren, kommer av at styrene uansett sammensetning har kommet frem til at disse er best egnet til å lede helseforetakene. Menn da gjerne på grunn av at de har vært bedre kvalifisert enn kvinnelige kandidater. Personer med erfaring fra helsesektoren er blitt prioritert på grunnlag av at styrene vurderer slik kompetanse som svært viktig for å kunne utføre direktørs oppgaver på en best mulig måte. Det faktum at nesten halvparten av direktørene har medisinsk bakgrunn kan være med på å illustrere dette. Målet om å oppnå bedre ledelse i sykehusene har ligget til grunn for en slik rekrutteringspraksis, ikke det å prøve å bevare etablerte maktstrukturer som det fokuseres mer på i et institusjonelt perspektiv.

7.4.1 Variasjoner i rekrutteringsmønster mellom foretaksnivåene

Ut fra dette perspektivet vil eventuelle forskjeller i styre- og direktørsammensetning mellom de to nivåene komme som et resultat av at man vurderer behovene ulikt. De empiriske funn viste at forskjellene mellom nivåene ikke er særlig omfattende. De regionale styremedlemmene er noe eldre og mer aktive i andre styrer, og legger mer vekt på at direktører har erfaring fra andre deler av offentlig virksomhet. Disse forskjellene har i lys at dette perspektivet klar sammenheng med deres frihet til selv å bestemme egne behov på disse områdene. Det samme gjelder i forhold til det at regionale styrer har vært mer aktive i sin søken etter direktører, en strategi som de fritt har kunne benyttet for å nå sine målsettinger

innenfor de rammer som er gitt av Helsedepartementet. Uansett har ikke valg av direktører på de to nivåene vært nevneverdig forskjellige. Formell lederfaring hovedsakelig fra egen sektor, har blitt fortrukket begge steder. I lys av dette perspektivet er dette et resultat av at det forelå stor enighet mellom nivåene når det gjaldt hvilke egenskaper en direktør burde være i besittelse av.

7.4.2 Variasjoner i rekrutteringsmønster mellom regionene

Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv gir støtte til flere av forskjellene i rekrutteringsmønster som finnes mellom de fem helseregionene. Dette gjelder i første rekke i forhold til enkelte prioriteringer vedrørende sammensetningen av foretaksstyrene. De empiriske funn viste at enkelte regioner har større innslag av styremedlemmer fra offentlig helsesektor enn andre. Ansienniteten hos de som er valgt inn i styrene med slik bakgrunn varierer også en del mellom enkelte regioner. Ut fra dette perspektivet vil disse forskjellene kunne forklares på bakgrunn av at de fem regionene selv har stått nokså fritt til å vurdere viktigheten av denne type egenskaper hos egne styremedlemmer i lokale foretak. Det at Helse Vest skiller seg ut ved å ha rekruttert mange styremedlemmer med lang ansiennitet fra egen sektor, vil komme som en følge av en slik frihet. De vurderer slik kompetanse som mer relevant ut fra egne forutsetninger, samt de målsettinger de blir pålagt av staten. Det samme vil her også gi forklaringskraft til enkelte forskjeller mellom regionene vedrørende styrerepresentantenes tilknytning til interesseorganisasjoner og politisk aktivitet. Forskjellene mellom vektleggingen av lokal forankring, der Helse Øst har lagt seg på en mer liberal linje, samsvarer derimot dårligere med utledede forventinger. Dette kommer av at foretaksloven stiller krav til slik forankring i styrene.

Ulikt profesjonelt sammensatte styrever åpner gjennom dette perspektivet for ulike holdninger rundt rekrutteringskriteriene for direktør. Variasjonene i styresammensetning mellom regionene påvirket imidlertid i begrenset omfang holdning til disse egenskapene. Styremedlemmer i Helse Øst er med opptatt av at direktører bør ha erfaring fra annen offentlig sektor. Ellers stiller styremedlemmene i de fem regionene seg nokså likt til de undersøkte egenskapene på tross av enkelte påviste forskjeller i styresammensetning. Dette stemmer ikke helt med utledede forventinger fra dette perspektivet. Likevel kan man finne støtte til dette perspektivets forventninger vedrørende styresammensetningens påvirkning på valg av direktører i enkelte regioner. Dette gjelder i første rekke i forhold til at krav om formell ledererfaring står i fokus, ikke hvorvidt direktør tilhører bestemte grupperinger eller

sektorer. Rekrutteringspraksisen i Helse Øst og Helse Vest viser dette. I Helse Øst gjennom at man har valgt å rekruttere et betydelig antall direktører med medisinsk bakgrunn, på tross av at man har lavest representasjon av personer fra helsesektoren i styrene. I Helse Vest vises dette ved at man har rekruttert to direktører fra det private næringsliv (den ene kvinne), selv om styrene i denne regionen er sterkest influert av personer fra offentlig helsesektor. I tråd med en rasjonell - instrumentell tankegang lar man målsettinger knyttet til direktørrollen komme foran egne profesjons- eller sektorinteresser.

7.5 Styre og rekrutterte direktører tolket i lys av et institusjonelt perspektiv

Det institusjonelle perspektiv gir god forklaringskraft i forhold til flere av egenskapene ved styremedlemmer og direktører. På flere felt preges disse personene av karakteristikk som tradisjonelt har vært rådende innen ledelse generelt og ledelse i sykehus. I foretaksstyrene kommer dette klart frem på flere områder som gir økt forklaringskraft til dette perspektivet. Kjønnss - og alderssammensetningen har klare likhetstrekk med den praksis som frem til i dag har dominert norske styre. Menn i femtiårene utgjør flertallet av representantene. I tråd med hva jeg ut fra dette perspektivet forventet har foretaksstyrene visse likhetstrekk med de gamle partsammensatte sykehusstyrene. Nå som tidligere har mange styremedlemmer bakgrunn fra politikk og interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren. En viktig profesjon som medisinere har også fortsatt en viss representasjon. Overgangen til profesjonelt sammensatte foretaksstyre har altså ikke ført til at disse grupperingene har mistet all sin innflytelse i samsvar med hva jeg her hadde forventet.

Ut fra dette perspektivet vil valgene styrene har gjort under rekrutteringen av direktører sees i sammenheng med flere aspekter rundt den styresammensetningen som er valgt, samt de verdier som fremkommer i forhold til flere av de undersøkte egenskapene ved direktører og utførelsen av selve prosessen. Dette perspektivet gir stor støtte til det klare fraværet av likestilling hos de rekrutterte direktørene. Holdningene styremedlemmene viste til denne type egenskap er klart i tråd med tradisjonelle mønstre innen topplederrekruttering i Norge. Man velger å se bort fra denne type problemstilling som følge av at man prioriterer andre egenskaper som langt viktigere. Betegnelsen av et "gubbevelde" (Dagens Næringsliv 22.02.2002) som har blitt brukt om toppledere generelt i Norge blir da svært treffende for direktørene. Denne tendensen forstekes dessuten av den alderssammensetningen direktørene representerer.

De egenskapene ved direktørene som har hatt størst betydning for rekrutteringen, omhandler i størst utstrekning kandidatenes formelle lederkompetanse og resultater fra tidligere stillinger. Innenfor det institusjonelle perspektiv vil en kunne forklare den sterke fokuseringen styrene legger på lederkompetanse ut fra to sentrale aspekter ved sykehusreformen. Det ene er sykehusreformens sterke vektlegging av å styrke den formelle lederkompetansen i sykehusene. Den andre og kanskje viktigste forklaringsfaktoren knyttes til den omfattende kompetansen som finnes på dette området i styrene. De ”profesjonelle” styrerepresentantene er sannsynligvis bærere av sterke normer og verdier knyttet til denne type kompetanse, ettersom de selv representerer omfattende kunnskap på dette feltet. Hvorvidt den enkelte kandidat er ”skikket” til å utføre de omfattende oppgavene en direktør i helseforetak blir satt til å utføre, vurderes på bakgrunn av de erfaringer og resultater kandidatene kan vise til fra tidligere lederstillinger. Dette synet kommer klart frem av rekrutteringsprosessen, der aspekter knyttet til ”faglige/ profesjonelle” sider ved kandidatene ble ilagt stor vekt av styrelederne. Når det gjelder styremedlemmenes vektlegging av utdanningsbakgrunn, vil den her kunne forklares på bakgrunn av det sterke markeringsbehovet mange profesjoner frem til i dag har hatt innen sykehus. Spesielt gjelder dette medisinere som gjennom sitt innpass i foretaksstyrene kan ha jobbet aktivt med å rekruttere direktører med lik type bakgrunn som dem selv. Den sterke representasjonen av leger i direktørstillingene kan være et resultat av dette, særlig med tanke på deres tradisjonelt dominerende rolle innen ledelse av sykehus.

Det institusjonelle perspektiv fokuserer på vektlegging av intern rekruttering og ansiennitet i rekrutteringsprosesser vedrørende toppledere. Dette perspektivet har derfor stor forklaringskraft i forhold til de funn som viste at nesten alle direktørene har jobbet innen helsesektoren i en årrekke. Selv om det nå sitter mange i foretaksstyrene med bakgrunn fra helt andre sektorer enn helse, og styrelederne oppgav ”fornyelse og omstilling” som viktige hensyn under valg av direktører, har ikke rekrutteringsmønsteret endret seg fra tidligere. Svært få kommer fra det private næringsliv, noe som tilsier at innpulser fra denne type grupperinger i styrene har vært lite utslagsgivende for endelig valg av direktør i mange foretak. Sett i lys av dette perspektivet kan en slik praksis ha sammenheng med at sterke normer og verdier representert ved styremedlemmer med bakgrunn fra tidligere sykehusstyrer, interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren og politisk arbeid, kan ha lagt forholdene dårlig til rette for nytenkning innen denne type ledelse. Gamle interessekonflikter kan fortsatt påvirke valgene som blir gjort, selv om en som følge av sykehusreformen nå står fritt til å velge direktør ut fra egne preferanser og behov.

Et annet moment som dette perspektivet åpner for, er at man i rekrutteringsprosesser ofte handler i tråd med det man tror oppleves som ”passende” å gjøre. I en sektor der konflikter har preget synet på hvem som er best egnet til å lede en krevende organisasjon som et sykehus, kan den omfattende interne rekrutteringen av direktører ha sammenheng med at man ønsker å unngå konflikter innad i organisasjonen. Slike konflikter kan for eksempel knyttes til spørsmålet om hvorvidt ledere fra det private næringsliv er godt egnet til å lede en kompleks organisasjon som et sykehus, der målsettingene for organisasjonen fraviker mye fra det man er vant til i privat sektor. Andre eksempler kan knyttes til rent faglige spørsmål som hvorvidt personer uten medisinsk faglig innsikt har mulighet til å treffe viktige beslutninger på en tilfredsstillende måte. Ved å praktisere en tilsynelatende likebehandling av aktuelle kandidater, samt lyse ut stillingene i tråd med akseptert praksis, og deretter velge kjente kandidater med lang ansiennitet fra egen organisasjon, øker man sjansene for å unngå konflikter. Dette gjelder særlig i forhold til den markante profesjonen medisinerne, som nå bare ser ut til å ha styrket sin posisjon innen ledelse av sykehus. Dette er en effekt som ikke nødvendigvis har vært ønskelig fra initiativtakerne bak reformen. Et annet moment er også signaleffekten man gir til de største kritikerne av sykehusreformen. Den overhengende frykten for at private næringslivsledere skulle komme inn å snu ”opp ned” på styringen offentlige sykehus, vises gjennom rekrutteringen ikke å være berettiget.

7.5.1 Variasjoner i rekrutteringsmønster mellom foretaksnivåene

Det institusjonelle perspektiv åpner for at reformforsøk kan møte motstand i ulike deler av organisasjonen, noe som kan føre til at implementeringen av nye rutiner og praksis får varierende gjennomslagskraft på de to foretaksnivåene. For styrene stemmer en slik forventning dårlig med de empiriske funn, ettersom variasjonene i styresammensetning begrenser seg til alder og aktivitetsnivå i andre styrer. Egenskaper som ut fra dette perspektivet kan ha sammenheng med at kravene til representasjon i styrene muligens har vært større på det øverste foretaksnivå. Motstand som man ut fra dette perspektivet kunne forvente i forhold til økonomers inntog i sykehusstyrene, kommer på ingen måte frem av styresammensetningen i de regionalt utnevnte lokale foretaksstyrene. Både regionale og lokale styrer har like stor andel representanter med økonomisk bakgrunn, selv om mange var svært kritiske til deres inntog i styrene da rekrutteringen startet. På en annen side gir perspektivet en viss støtte til denne profesjonens representasjon, som følge av at man har vært sitt ansvar bevisst i forhold til å øke sykehusstyrenes kompetanse innenfor dette feltet. Videre

viste holdningene til styremedlemmene på de to nivåene en noe ulik vektlegging av erfaring fra annen offentlig virksomhet hos direktør. Regionale styremedlemmer er mer opptatt av slik erfaring, en tendens som i lys av dette perspektivet kan ha sammenheng med deres tette kobling opp mot sentralforvaltningen. Representantene på dette nivået kan ha blitt valgt på grunnlag av at de representerer et verdisyn der erfaring fra offentlig virksomhet settes høyt. På tross av de overnevnte forskjellene hos styrene, har valg av direktører og fremgangsmåte under rekrutteringen store likhetstrekk. Disse likehetstrekkene gir ikke støtte til det institusjonelle perspektivs forventninger om at forskjeller kan oppstå, men støtter de mer generelle tendensene som denne tilnærmingen legger til rette for.

7.5.2 Variasjoner i rekrutteringsmønster mellom regionene

Rekrutteringsmønsteret i de fem regionene preges av enkelte variasjoner i styresammensetning, og av store likehetstrekk blant valgte direktører. Det institusjonelle perspektiv gir god støtte til flere av egenskapene som blir vektlagt noe ulikt i foretaksstyrene, og flere av egenskapene som har blitt ilagt lik vekt hos direktørene. Forskjellene i valg av styresammensetning kan her sees i sammenheng med Fylkeskommunenes ulike organisering av sykehusstyrene utover 1990 – tallet. Hvilke representasjonsgrunnlag som skulle legges til grunn, varierte etter hvilken styreform som ble praktisert. Dette kan da ha ført til at de ulike regionene i forskjellig grad har valgt å rekruttere styremedlemmer fra bestemte miljøer. Her tenkes det spesielt på ulik rekruttering fra interesseorganisasjoner innenfor helsesektoren, samt ulik rekruttering av aktive politikere. Helse Midt skiller seg her ut ved å ha rekruttert langt flere aktive politikere til sine styrer, samtidig som denne regionen i likhet med Helse Sør har rekruttert mange styremedlemmer med bakgrunn fra interesseorganisasjoner. Dette har blitt gjort på tross av bortgang fra parts – representasjon som følge av foretaksorganiseringen. I lys av dette perspektivet kan slik praksis forklares med at profesjonaliseringen av foretaksstyrene møter motstand i overnevnte regioner. Spesielt gjelder dette i forhold til det å utelukke politikere fra foretaksstyrene, noe Helse Midt har vært mindre villig til gjøre enn andre regioner.

Det institusjonelle perspektiv kan også gi økt forståelse til andre forskjeller knyttet til styresammensetningen. Dette gjelder blant annet forhold som omhandler styremedlemmens sektortilhørighet og ansiennitet fra helsesektoren. I Helse Vest har man rekruttert flere fra helsesektoren til sine styrer, og har i likhet med Helse Øst og Helse Midt lagt stor vekt på at representanter med slik bakgrunn har lang ansiennitet å vise til. Praksisen i Helse Vest kan ha

sammenheng med tidligere sykehusorganisering, der det i Hordaland fylkeskommunen i en periode på 1990 –tallet ikke ble brukt sykehusstyrer (Haugland Intervju). Fraværet av styrer kan i denne sammenheng ha åpnet for stor innflytelse fra personer med mange års tilknytning til helsesektoren, og kan ha påvirket de valg som har blitt gjort under rekrutteringen til styrene. Videre kan de strenge ansiennitetskravene som enkelte regioner har stilt til styremedlemmer fra egen sektor, ha sammenheng med normer og verdier rundt vektleggingen av internt avansement. Det å ha gjort seg fortjent til styreverv gjennom å ha arbeidet innen spesialhelsetjenesten gjennom en lang årrekke, kan ha hatt større betydning i noen regioner sammenlignet med andre. Forskjeller som har fremkommet i forhold til hvorvidt man har latt personer uten erfaring fra andre styrer bli representert i foretaksstyrene, vil også kunne sees i en slik sammenheng. Her vil derimot tilgang på slik kompetanse også kunne spille inn. At man finner flere styremedlemmer med erfaring fra andre styrer i Helse Øst enn hva man gjør i Helse Nord, kan komme som et resultat av ulik geografisk nærhet til kompetente miljøer på dette feltet.

Det institusjonelle perspektiv åpnet for at forskjellig sammensatte styrer kunne påvirke valg av direktører i ulik retning. Holdningene til egenskapene ved direktører viste enkelte, men likevel moderate forskjeller mellom regionene. Helse Nord og Helse Vest er mest opptatt av at direktør bør ha lokal forankring, og Helse Øst var noe mer opptatt av at slike personer burde ha erfaring fra annen offentlig virksomhet. Større vektlegging av lokal forankring kan ut fra dette perspektivet ha sin bakgrunn i tidligere stridigheter rundt lokalisering av helsetjenester. I enkelte regioner ser man av den grunn i større grad viktigheten av å ha lokalt forankrede direktører. Mer vektlegging av erfaring fra annen offentlig sektor hos direktører i Helse Øst kan ha sammenheng med regionens nære lokalisering til mye av den offentlige forvaltningen. Selv om enkelte ulikheter mellom regionene er påvist i forhold til vurderingene av egenskaper ved direktør, viser rekrutteringspraksisen at valgene av direktører har mange likhetstrekk. Disse likhetstrekkene samsvarer dessuten godt med generelle forventinger ut fra dette perspektivet. Spesielt gjelder dette kravene direktørene har blitt stilt ovenfor i forhold til formell lederkompetanse og erfaring fra helsesektoren.

Om man ser konkret på de valg av direktører som er foretatt i hver enkelt region, finner man ikke klare sammenhenger mellom styresammensetningen og valgte direktører utover det overnevnte kravet om formell lederkompetanse. Andre tendenser finnes imidlertid i enkelte regioner. Et av de klareste eksemplene finnes i Helse Midt. Innslaget av aktive politikere og

personer med bakgrunn fra interesseorganisasjoner var som nevnt stort i denne regionen. Ut fra en institusjonell tilnærming kan disse gruppens innpass i styrene ha hatt stor betydning for valg av direktører. Dette kommer av at alle direktørene i denne regionen er rekruttert fra offentlig virksomhet hovedsakelig innen helse, en virksomhet som tradisjonelt har hatt sterke bånd til slike grupper under fylkeskommunal eierskap av sykehusene. Et annet eksempel finnes i Helse Øst. Der la styremedlemmene større vekt på erfaring fra annen offentlig virksomhet, noe som har resultert i at denne regionen har blitt ansatt to direktører fra slik virksomhet, og ingen fra det private.

7.6 Oppsummering av de teoretiske perspektivenes forklaringskraft

Den studerte rekrutteringsprosessen har blitt forsøkt forklart gjennom to teoretiske perspektiv. Disse perspektivene utgjør de analytiske forklaringsverktøyene som danner grunnlaget for å oppnå innsikt i rekrutteringsprosessene vedrørende styrever og toppledere, som har foregått etter opprettelsen av helseforetak. Tabell 7.1 nedenfor gir en kort oppsummering av perspektivenes forklaringskraft i forhold til valgte styrever, rekrutteringsprosessen og ansatte direktører.

Tabell 7.1: De teoretiske perspektivenes forklaringskraft

	Rasjonelt-instrumentelt perspektiv	Institusjonelt perspektiv
Sammensetningen av foretaksstyrene	God	God
Rekrutteringsprosessen til direktører	God	Middels
Direktørenes kjennetegn	Middels	God
Styrenes påvirkning på valg av direktører	Middels	Middels

I hovedsak viser tabell 7.1 at det rasjonelt - instrumentelle perspektiv og det institusjonelle perspektiv til dels har god forklaringskraft på noen områder av de studerte prosessene, og en mer begrenset forklaringskraft på andre. Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv har god forklaringskraft i forhold til den sammensetningen som er valgt i foretaksstyrene. Gjennom en toppstyrt og relativt lukket prosess har man satt sammen styrene på en måte som klart samsvarer med uttalte målsettinger. Det samme blide dannes også av den praksis som har blitt ført under rekrutteringen av direktører. Rekrutteringen bærer preg av å være en "hierarkisk ovenfra og ned" styrt prosess, der styreleder har hatt en sentral rolle. Tilretteleggelsen av en rask og effektiv prosess har sannsynligvis vært viktig. Dette kommer frem av at den praktiske gjennomføringen har vært forbeholdt et begrenset antall personer, ofte med støtte av konsulentfirma med ekspertise på feltet. Det faktum at man også har valgt å legge lite vekt på

eksterne innspill, støtter opp om bildet av en stramt organisert rekrutteringsprosess tuftet på ledelsens mål og visjoner. Når det gjelder de ansatte direktørene har det rasjonelt - instrumentelle perspektivet en noe mer tvetydig forklaringskraft, som følge av at de politiske målsettingene i ulik grad er ivaretatt. Perspektivet styrkes av den omfattende ledererfaringen som direktørene er i besittelse av, men svekkes av den ensidige bakgrunnen direktørene representerer. Denne ensidigheten strider mot sykehusreformens tilretteleggelse for innovasjon på dette området.

Det institusjonelle perspektivet har i likhet med det rasjonelt - instrumentelle perspektivet god forklaringskraft i forhold til sammensetningen av foretaksstyrene. Selv om sykehusreformen medfører radikale endringer for hvordan styrene skal settes sammen, finnes det fortsatt spor etter det gamle regimet. Dette kommer klarest frem ved at svært mange av de som nå sitter i styrene har bakgrunn fra politikken. Overgangen til profesjonelle styrer uten folkevalgte representanter har som dette perspektivet åpner for, ikke ført til radikale endringer i det korte tidsrommet sykehusreformen har virket. Styrenes organisering og utførelse av rekrutteringen av direktører har mindre forklaringskraft i dette perspektivet. Man har valgt å ha liten åpenhet rundt selve prosessen, samtidig som eksterne konsulenttjenester har blitt foretrukket på bekostning av berørte aktører innad i organisasjonen. På en annen side gis det støtte til enkelte sider ved prosessen. Det ene er at stillingene er utlyst i tråd med akseptert praksis, det andre er at man også har vektlagt likebehandling av kandidatene. Forklaringskraften til det institusjonelle perspektiv kommer klarest frem i forbindelse med de rekrutterte direktørene. Spesielt gjelder dette den omfattende interne rekrutteringen som har blitt foretatt, samtidig som de fleste er menn i femtiårene. Få prosesser kan sies å ha brutt med tidligere generell praksis, en praksis som derfor kan ha hatt stor innvirkning på de valg som har blitt gjort.

Om vi retter et mer konkret fokus mot styresammensetningens påvirkning på valg av direktører, er forklaringskraften til begge perspektivet noe mindre. Forskjellene som finnes i styresammensetningen på de to nivåene og i de fem ulike regionene, har i liten utstrekning medført forskjeller i hvem som har blitt ansatt som direktører. Det rasjonelt - instrumentelle perspektiv åpnet for at forskjellig profesjonelt sammensatte styrer i kraft av sin kompetanse kunne ha valgt direktører med varierende demografisk sammensetning. Det institusjonelle perspektiv åpnet for at normer og verdier hos styremedlemmer med ulik bakgrunn kunne føre til lignende forskjeller. Ingen av disse forventningene kan sies å ha særlig stor

forklaringskraft, ettersom de empiriske funn viser at direktørene (med få unntak) har en svært lik demografi i de fleste foretak, uansett nivå eller regionstilhørighet.

8 Avslutning

Denne studien har rettet fokus mot den delen av sykehusreformen som omtales som en lederskapsreform. Kartleggingen av det nye lederskapet i helseforetakene har gitt et detaljert bilde av de personene som nå sitter men ansvaret for å følge opp og ivareta de krav og målsettinger staten setter for spesialhelsetjenesten. Nå vil jeg kort oppsummere studiens hovedfunn, samt sette enkelte funn i sammenheng med de forventningene som ble gitt til innføringen av mer ”profesjonell” ledelse innenfor spesialhelsetjenesten. Jeg vil videre komme inn på styrenes sammensetning sett opp mot et ideelt sammensatt styre, og komme inn på hvilke ledelsesidealer som kan ha ligget til grunn for de valg av direktører som er foretatt i styrene. Deretter vil studiens teoretiske implikasjoner bli diskutert. Det vil også blir rettet søkelys mot hva som har skjedd i styrene og blant direktørene i løpet av de tre årene sykehusreformen har virket. Kapittelet avsluttes med å sette studiens funn opp mot tidligere forskning og komme med forslag til videre studier.

8.1 Oppsummering av studiens hovedfunn

Det første og kanskje mest oppsiktsvekkende hovedfunn i denne studien knytter seg til politikernes deltakelse i foretaksstyrene. Intensjonene bak sykehusreformen om å gå bort fra sykehusstyrer med beslutningsvegrende politikere, har ikke ført til at personer med slik tilhørighet og bakgrunn har blitt utelukket fra de profesjonelt sammensatte foretaksstyrene. Denne studien viser at overgangen til profesjonelt sammensatte styre, i stor grad har gitt rom for deltakelse fra personer med bakgrunn fra politiske miljøer. Disse personene utgjør en betydelig andel av styremedlemmene, noe som på mange måter strider mot tanken om profesjonelle styre distansert fra politiske organer og partipolitiske bindinger. Fra politisk hold ble det ikke nedlagt forbud mot at aktive politikere kunne la seg representere i foretaksstyrene, men det ble lagt klare føringer på at foretaksstyrene ikke skulle avspeile noen folkevalgte organer (Ot.prp.nr.66 (2000–2001)). Den høye andelen styremedlemmer med politisk bakgrunn strider derfor på mange måter mot disse føringene. Dette bildet forsterkes av at en slik tendens ser ut til å være gjeldene i samtlige foretak, uavhengig av hvilket nivå eller region de tilhører. På bakgrunn av dette vil det derfor være naturlig å hevde at de radikale omveltningene kritikerne til sykehusreformen spådde ville komme i kjølvannet av profesjonalisering av sykehusstyrene, ikke har vært så omfattende som på forhånd fryktet. Forventninger som kom frem av høringsuttalelsene og stortingsdebatten, spørreundersøkelser blant regionale helseutvalg og helseadministrasjoner (Opedal og Stigen 2003), om at

”markedsøkonomiske miljøer” ville komme til å dominere foretaksstyrene, har altså ikke holdt stikk. Institusjonelle trekk setter preg på foretaksstyrene ved at politikerne nå er iført nye ”klær” som profesjonelle bidragsytere i sykehusene. Sammen med personer med utdanning innen helse, personer med bakgrunn fra interesseorganisasjoner, utgjør de en langt større andel enn de representantene som kommer fra markedsøkonomiske miljøer.

Grunnen til at mange styremedlemmer har politisk bakgrunn kan være av forskjellig art. Min studie avgrenses til kun å kartlegge styrenes demografiske sammensetning, og undersøker ikke direkte bakgrunnen for hvorfor Helsedepartementet og regionale helseforetak har satt sammen foretaksstyrene på den måten de har gjort. Likevel vil det være naturlig å trekke inn to sentrale aspekter for å prøve å forstå hvorfor mange personer med politisk bakgrunn sitter i foretaksstyrene. Det ene aspektet retter seg direkte mot den massive kritikken knyttet til fristilling og avdemokratisering av sykehusstyrene, som kom i forkant av sykehusreformen. Praksisen med å la personer med politisk bakgrunn bli representert i foretaksstyrene, kan sees på som en reaksjon på nettopp denne kritikken. Foretakene ønsker å tilbakevise kritikernes antagelser om at sykehusreformen ville medføre dannelse av rene ”driftsstyrer” dominert av representanter fra privat næringsliv. Det andre er tidsaspektet, som for de involverte aktørene var relativt begrenset. Opprettelsen av styrene ble gjort kort tid etter Helseforetaksloven ble vedtatt i Stortinget. Muligheten til å sondere ”markedet” etter egnede styrerepresentanter var derfor begrenset til et kort tidsrom, slik at mange med stor sannsynlighet ble hentet gjennom tidligere etablerte rekrutteringskanaler, i dette tilfelle da fra folkevalgte organer.

Et annet hovedfunn som er gjennomgående for den studerte rekrutteringsprosessen, er fokuseringen på formell ledelseskompetanse. Fra initiativtakerne bak sykehusreformen ble økt fokus på ledelse presisert som ett av de viktigste virkemidler for å oppnå målsettingen om bedre styring av spesialhelsetjenesten (Ot.prp.nr.66 (2000 –2001)). Den omfattende formelle ledelseskompetansen som finnes blant styrerepresentanter og direktører, viser at slike aspekter har stått sentralt under rekrutteringen til styrene og direktørstillingene. Rekrutteringsmønsteret støtter også opp om beskrivelsen av at det foregår en omfattende satsing innen ledelsesutvikling i sykehusene (Byrkjeflot og Grønlie 2005). Sammensetningen av styrene viste at det å ivareta formell lederkompetanse fra et bredt spekter av virksomheter har vært viktig. Etter eiers ønske har også de som har blitt rekruttert til styrene prioritert å legge vekt på ledelsesaspektet i jakten på godt kvalifiserte direktører. Funnet i denne studien viser at kriterier som ledererfaring og resultater i tidligere stillinger, blir av styrerepresentantene

vurdert som klart viktigst hos kandidater til direktørstillingene. Slike kriterier blir sett på som langt viktigere enn hvorvidt kandidatene har sin bakgrunn fra offentlig eller privat virksomhet. De blir også sett på som viktigere enn en sentral egenskap som utdanning, noe som er interessant med tanke på at helsesektoren tradisjonelt har vært assosiert med profesjonsstridigheter (Eriksen 2003). Sykehusreformen skal i samspill med overgangen til enhetlig ledelse forsøke å dempe slike stridigheter i den hensikt å skape bedre rom for ledelse i sykehus. Dette har blant annet kommet til uttrykk i form av krav om profesjonsnøytrale stillingsannonser for direktørene. En dreining bort fra profesjonsinteresser over på mer formell lederkompetanse kan dermed ha kommet som et resultat av profesjonaliseringen av styrene. I denne sammenheng er det viktig å påpeke at styremedlemmene oppgir å ha gitt kandidatenes utdanningsbakgrunn en del vekt. Man kan dermed på ingen måte utelukke at utdanningsbakgrunn har spilt en viktig rolle i forhold til de valg styrene har foretatt i flere av de undersøkte helseforetakene.

Et tredje hovedfunn retter seg mot den markante ”offentlige profilen” blant de rekrutterte direktørene. På bakgrunn av at initiativtakerne bak sykehusreformen ønsket større fokus på ledelseskompetanse, styrings- og ledelsesprinsipper fra privat sektor (Stigen og Opedal 2005), samtidig som styrene har fått et visst innslag fra det private næringsliv, kan et slikt rekrutteringsmønster betegnes som noe overraskende. Profesjonaliseringen av styrene har ikke ført til at de markedsøkonomiske miljøene i større grad enn tidligere har blitt brukt som utgangspunkt for letingen etter godt kvalifiserte direktører. Dette kommer blant annet frem av at nesten samtlige førstevalg takket ja til tilbudet om direktørstillingen. Mye kan derfor tyde på styrerepresentanter fra det offentlige, særlig fra helsesektoren, har hatt stor innflytelse på valg av direktører. Dette til tross for at styrelederne som har stått sentralt i rekrutteringen av direktører, i stor utstrekning kommer fra det private næringsliv. Et annet interessant moment i forhold til direktørenes ”offentlig profil”, er den lave kvinneandelen blant disse personene. Innen offentlig virksomhet er andelen kvinner i topplederstillinger langt høyere enn innenfor privat virksomhet (Strand 2001). Likevel har svært få kvinner funnet veien til direktørstillingene i helseforetakene.

I tillegg til offentlig dominans blant direktørene, viser funn i denne studien at en tradisjonelt sterk profesjon innen helsesektoren har styrket sin stilling blant topplederne i sykehusene. Personer med medisinsk bakgrunn utgjør nå nesten halvparten av de rekrutterte direktørene, noe som tyder på at medisinfaglig innsikt kan ha blitt veid tungt hos direktørkandidatene i

mange styrer. Profesjonaliseringen av styrene har derfor ført til at leger har styrket sin stilling blant direktører. Dette har da hovedsakelig gått utover økonomene som før sykehusreformen utgjorde den klart største profesjonen blant sykehusdirektørene. Et slikt funn kan sies å være noe overraskende med tanke på de signaler reformaktørene gav i forkant av rekrutteringsprosessen. Her tenkes det spesielt på signaler i retning av økt fokus på rasjonell økonomisk styring, men også på et mer generelt ønske om innovasjon blant ledere i spesialhelsetjenesten (SHD rapport 2001). Innovasjon retter seg i denne sammenheng mot et forsøk på å ”myke opp” de sterke føringene profesjonene, og da særlig føringene legene har lagt på ledelse av sykehusene. Slike føringer medvirket ofte til spenninger innen ledelse av sykehus, da mellom leger og annet helsepersonell, leger og administrativt lederskap/ politiske representanter (Byrkjeflot og Grønlie 2005).

Skeptikerne til innføring av profesjonelle foretaksstyrer mente at en slik styreform ville kunne føre til økt teknokratisering av sykehusledelsene. Kartleggingen av styresammensetningene viste at sterke fagretninger som økonomi og medisin har størst representasjon i styrene, men at styrene jevnt over er sammensatt av personer fra mange ulike fagretninger. På bakgrunn av rekrutteringsmønsteret for direktører, vil det være naturlig å anta at medisinere i størst utstrekning har klart å fremme viktigheten av egen ekspertise under utvelgelsen av direktører. Årsakene til dette kan være mange. En av de mest nærliggende grunnene kan være at de tradisjonelt har hatt stor innflytelse innen helsesektoren (Byrkjeflot og Grønlie 2005). En slik innflytelse kan ha gitt medisinere den nødvendige autoriteten til å påvirke rekrutteringsprosessen for direktører. Styrene signaliserer med rekruttering av leger at de tar deres faglige innsikt på alvor. Dette gjøres da i en kombinasjon med formell lederkompetanse. En annen grunn som heller ikke kan utelukkes å ha påvirket rekrutteringsmønsteret i en slik retning, er skeptikerne til profesjonelle styrers motstand mot økonomers inntog i ledelsen i sykehusene. Styrene kan ha latt være å ansette økonomer i direktørstillingene, fordi dette av mange kan tolkes i retning av økt privatisering av spesialhelsetjenesten. Samtidig kan ansettelsen av mange leger i direktørstillingene være et forsøk på å legge til rette for best mulig samarbeidsklima nedover i foretaksorganisasjonen.

8.3 Teoretiske implikasjoner

Perspektivene som er benyttet har blitt brukt i det man kaller en utfyllende strategi (Roness 1997). Med dette menes at jeg har forsøkt å forstå mest mulig av rekrutteringen til foretaksstyrer og direktørstillinger, ved å la perspektivene komplimentere hverandre. En slik

strategi har vært vellykket i den forstand at jeg har kunnet avdekke interessante trekk ved de som sitter i foretaksstyrene og direktørstillingene ut fra de to perspektivenes tilnærminger. Det har blitt rettet søkelys mot oppfølgingen av sykehusreformens intensjoner for styrever og direktører, samtidig som det har blitt fokusert på hvorvidt trekk ved tidligere sykehusstyrever og sykehusdirektører finnes etter foretaksorganiseringen. Ulempen ved bruken av en utfyllende strategi er at begge perspektivene gir god forklaringskraft til deler av det problemstillingen retter søkelyset mot. Dette gjelder særlig aspekter vedrørende styrenes sammensetning, noe som derfor gjør det vanskelig å teste de enkelte teoriene. En helhetlig forståelse ved bruk av en utfyllende strategi, skiller i mindre grad mellom viktige og mindre viktige funn knyttet til styrenes sammensetning.

Bruken av de to perspektivene reiser også andre spørsmål knyttet til tolkingen av det innsamlede datamaterialet. Innenfor det rasjonelt – instrumentelle perspektivet vektlegges rasjonell analyse og hierarkisk styring og kontroll for å nå organisasjonens mål. I denne studien har fokuset i dette perspektivet hovedsakelig vært rettet mot rasjonell analyse av bestrebelsen etter å oppnå sykehusreformens målsettinger for styresammensetningene og rekrutterte direktører. Tatt i betraktning at det forelå nokså generelle målsettinger og stor frihet nedover i foretaksorganisasjonen for valg av styresammensetninger og direktører, problematiseres tolkingen av rasjonell adferd under utvelgelsen spesielt til styrene. Dette gjelder for eksempel i forhold hvorvidt aktive politikere burde få innpass i profesjonelle styrever. Det er ikke lagt ned forbud mot denne type representanter, noe som gjør vurderingen av rasjonell handling i forhold til å rekruttere personer fra disse miljøene problematisk. På en annen side åpner dette perspektivet for at generelle målsettinger kan være kamuflert av mer klarere målsettinger (Scott 1998). At denne studien viser en gjennomgående tendens til at samtlige helseforetak har rekruttert mange personer fra de politiske miljøene, kan tyde på at man har hatt som målsetting å rekruttere kompetanse på dette feltet til foretaksstyrene.

En noe annerledes problemstilling kan knyttet til bruken av et institusjonelt perspektiv. Perspektivet benyttes ofte kvalitative studier som i utgangspunktet legger til rette for mer inngående studier av institusjonelle trekk ved organisasjoner, der en mer oppsøkende strategi brukes for å forklare organisasjonsadferd. Bruken av en kvantitativ spørreundersøkelse gir ikke på samme måte muligheten for å avdekke institusjonelle trekk ved organisasjoner, utover det å benytte seg av forhåndsdefinerte indikatorer for å institusjonell adferd. Likevel vil jeg hevde at bruken av et institusjonelt perspektiv gjennom en kvantitativ tilnærming har vært

nyttig. Den store andelen politikere som har blitt avdekket i styrene viser dette. Det samme gjelder den omfattende rekrutteringen av leger til direktørstillingene. Slike funn tyder på at endring ikke nødvendigvis følger av omfattende radikale reformforsøk i organisasjoner. Sterke fagtradisjoner innen ledelse, samt sterke politiske styringstradisjoner, preger også rekrutteringen til toppledelsen i sykehusene etter foretaksorganiseringen.

8.4 Idealer for styrer og utvelgelse av direktører

Foretaksstyrenes sammensetning viser på mange måter at man har ivaretatt mer generelle krav som ofte stilles til et ideelt sammensatt styre. Et slikt krav er ivaretagelse av bredde i styrene som har blitt sett på som mangelvarer i norske styrer (Huse 1995; Selvik 2001). Funn i denne studien viser en klar tendens til at bredde har vært viktig i foretaksstyrene.

Profesjonsmangfoldet er stort, mange i styrene har bakgrunn fra helsesektoren, samtidig som kompetanse fra annen offentlig og privat virksomhet er godt representert. Fordelingen mellom kvinner og menn er også tilnærmet lik. De som har stått for rekrutteringen til styrene har derfor i tråd med en ideell utvelgelsesprosess sannsynligvis lagt vekt på å nøye vurdere representantenes personlige egenskaper, erfaring, faglige kompetanse og holdninger opp mot hverandre, i den hensikt skape et bredt kompetansegrunnlag i foretaksstyrene for å ivareta virksomhetens og eiers interesser. Dette kommer frem ved at styrene som helhet har en omfattende formell lederkompetanse, har kjennskap til offentlig forvaltning og politikk, samtidig som de dekker viktig spesialkompetanse innen fagretninger som medisin, juss og økonomi. Holdningene til styreprerentantene gjenspeiler også eiers interesser, noe som er viktig i et velfungerende styre (Reve og Grønlie 1993). Dette kommer blant annet frem av den sterke vektleggingen styreprerentantene legger på resultater og formell ledelseskompetanse under utvelgelse av direktører i helseforetakene.

Trekk ved styrene som ikke lever opp til idealene, retter seg hovedsakelig mot deres høye aktivitetsnivå utenfor foretakstyret. Som Riksrevisjonen har påpekt (BT 12.02.2004), viser funn i denne studien at mange styremedlemmer et relativt høyt aktivitetsnivå både i form av topplederstillinger og et betydelig antall verv ved siden av styrevervet i helseforetak. Det vil derfor være naturlig å stille spørsmål om det høye aktivitetsnivået til enkelte av styreprerentantene kan forvares. Tid og motivasjon for å gjøre en best mulig jobb i foretakstyret, kan settes på prøve når den enkelte kombinerer flere krevende topplederstillinger og styreverv samtidig (Huse 1995). På en annen side, kan man hevde at dette er "medaljens

bakside” når man ønsker å rekruttere personer med lang og omfattende erfaring fra ledelses- og styrevirksomhet.

Valg av ledere kan si mye om hvilke ledelsesidealer som preger organisasjoner. I sykehusene har det tradisjonelt vært en utbredt oppfatning av at de er legene og profesjonene som skal lede. Et fagledelsesideal der den dyktigste i faget eller den mest representative skal lede, har derfor stått sterkt innen sykehusene (Byrkeflot 1997). Sykehusreformen utfordrer imidlertid et slikt ideal, noe som kommer frem i rapporten ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” fra 2001 der Helsedepartementet legger føringer i retning av et profesjonelt ledelsesideal under rekrutteringen av ledere i sykehusene. Innenfor dette idealet er grunnlaget for utvelgelse at man finner den dyktigste til å lede, med erfaring og utdanning innen ledelse. I motsetning til fagledelsesidealet vektlegges det her ikke substansiell kjennskap til fag eller virksomheter. Blant de rekrutterte direktørene finner vi elementer både fra et fagledelsesideal og et profesjonelt ledelsesideal. Fagledelsesidealet står fortsatt sterkt i sykehusene på bakgrunn av at mange direktører er leger. Den medisinske kompetansen de representerer, har etter all sannsynlighet gjort dem som attraktive kandidater for direktørstillingene. Elementer fra det profesjonelle ledelsesidealet er også fremtredende ettersom direktørene representerer en omfattende kompetanse innen ledelse, samtidig som styremedlemmene er opptatt av at direktørkandidatene kan vise til resultater fra tidligere stillinger. Ansettelsen av Anne Kverneland Bogsnes som direktør i Helse Bergen, er kanskje det fremste eksempelet på det profesjonelle ledelsesidealets inntog i sykehusene. Styret begrunner valget av Bogsnes med at hun er en praktisk og god leder, med systematiske evner som vil kunne virke samlende for ulike interessegrupper. Det ble også fremhevet at Bogsnes har deltatt i en rekke ledelsesutviklingsprogram, samtidig som det ble presisert at det at hun ikke hadde arbeidet innenfor helsesektoren ikke ble sett på som negativt (BT 22.03.2002).

De ulike ledelsesidealene fremstår aldri i rendyrket form (Byrkjeflot 1997:426). Selv om det profesjonelle ledelsesidealet fremheves av eierdepartementet, kan funn i denne studien peke i retning av at man i de fleste styrer har valgt kombinere flere ledelsesidealer. Den utstrakte interne rekrutteringen, rekruttering fra annen offentlig virksomhet, gjør det nærliggende å tro at elementer fra et byråkratisk ledelsesideal også har vært viktig. Særlig gjelder dette ansiennitet fra egen eller nærliggende virksomhet, som etter rekrutteringsmønsteret for direktør ser ut til å ha vært svært viktig. Et eksempel på dette er tidligere direktør i Helse Sør Steinar Stokke som gikk gradene som underdirektør, direktør i Finansdepartementet og senere

departementsråd i Sosialdepartementet. Et annet eksempel som i tillegg åpner for at man har valgt å kombinere flere ulike ledelsesidealer, er ansettelsen av Paul Hellandsvik som direktør i Helse Midt. Det at Hellandsvik er lege, har hatt en rekke lederverv innen helsesektoren eller annen offentlig virksomhet, blant annet utredningsarbeid i forkant av sykehusreformen, gjør han til innehaver av ønskelig kompetanse innenfor flere av disse idealene. Dette gjelder også i forhold til et kommunikativt ledelsesideal, der evnen til å kommunisere med egne ansatte, omgivelser og media verdsettes. Sistnevnte ideal ble som nevnt også fremhevet ved ansettesen av Bogsnes i Helse Bergen.

Et annet ledelsesideal som er særlig interessant i samband med sammensetningen av foretaksstyrenes betydning for valg av direktører, er forhandlingsledelse. Innenfor dette idealet dreier rekrutteringen av ledere seg mye om å ivareta gruppespesifikke interesser, slik at man bidrar til indre samling og mobilisering, samtidig som man kan opptre strategisk i konflikter. Tar man utgangspunkt i profesjonssammensetningen i foretaksstyrene, finner man lite som tyder på at styremedlemmene prioriterer direktørkandidater med "egen" bakgrunn fremfor andre. Et slikt bilde forsterkes om man setter styreledernes profesjonsbakgrunn opp mot direktørenes bakgrunn på dette området. Blant styrelederne finner vi tre ganger så mange økonomer som vi finner blant direktørene. Det at mange leger nå sitter i direktørstillingene, kan derfor vanskelig forklares med at styrelederne har opptrådt strategisk i den hensikt å fremme egen profesjons innflytelse på ledelsen i helseforetakene. At flertallet av styrelederne kommer fra det private næringsliv, har heller ikke gitt seg utslag i storstilt rekruttering fra denne type virksomhet. Forsøk på å fremme egne interesser kan imidlertid til en viss grad spores hos leger og styrerepresentanter med bakgrunn fra interesseorganisasjoner innen helse. De er mer opptatt av direktørs utdanning enn styremedlemmer uten slik bakgrunn. Mulighetene for at deres synspunkter har blitt veid tungt i mange styrer er dermed til stede, med tanke på at de fleste direktører er rekruttert internt og mange er medisinsk bakgrunn.

8.5 Styrer og direktører tre år etter innføringen av foretaksorganisering

Innføring av statlig eierskap og foretaksorganisering i 2002 skulle løse et bredt spekter av problemer i sykehussektoren. Helsevesenet har siden den tid vært preget av store spenninger og konflikter knyttet styringen av helseforetakene. Dette har ført til stor oppmerksomhet rundt foretaksstyrene og direktørenes rolle som ansvarshavende i forhold til å nå de helsepolitiske målsettingene for spesialhelsetjenesten. Kort tid etter innføringen foretaksorganiseringen ble søkelyset rettet mot "åpenheten" i de profesjonelt sammensatte foretaksstyrene. Kritikken

som tidligere gi på profesjonaliseringen av sykehusstyrene, ble nå rettet mot det mangelfulle innsynet i foretaksstyrenes arbeid. Fra stortingspolitikere, sykehusansatte og befolkningen ellers ble det hevdet at avdemokratiseringen burde legge til rette for skjerpet innsyn i foretaksstyrenes arbeid. Spørsmålet om åpne styremøter ble etter hvert selve symbolsaken for åpenhetsproblematikken i helseforetakene (SHD rapport 2002), og påtrykket om større åpenhet førte til at helseminister Dagfinn Høybråten besluttet at alle foretaksstyrer skulle være åpne fra og med 1.januar 2004. Begrunnelsen for denne beslutningen var at åpenhet og tillitt var viktig for foretakene som forvaltere av store samfunnsressurser (Pressemelding HD 22.08.2003).

Foruten debatten har det også kommet forslag om å gjeninnføre folkevalgt representasjon i foretaksstyrene. Noe overraskende kom et slikt utspill fra sosialpolitiker Bjarne Håkon Hansen som representerer partiet som tok initiativ til sykehusreformen. Hansen skisserte, for å øke den regionalpolitiske innflytelsen i styrene, en modell der fylkestingene utpeker kandidater til regionale foretaksstyrer (Fædrelandsvennen 15.03.2004). Lignende utspill har også kommet fra andre partier. SPs partileder Åslaug Haga uttalte på partilandsmøtet 10.03.2005 at ” *tiden er definitivt inne for å skru tiden tilbake, det er politikere på regionalt nivå som bør sitte i styrene. Alle må erkjenne at de er blitt en tillitskrise mellom dem som styrer sykehussektoren og det brede publikum. Vi kan ikke ha det som idag, der noen politikere sitter i styrer dominert av økonomer*” (BT 10.03.2005). En uke etter dette utspillet ble problemstillingen tatt opp til debatt i sosialkomiteen i regi av et seminar om norsk sykehusledelse arrangert av Helse Sør (Fædrelandsvennen 17.03.2003). APs Bjarne Håkon Hansen gjorde det klart at hans parti ikke ønsker å foreta seg noe i forhold til dette spørsmålet før evaluering av sykehusreformen er foretatt. Justeringer i forhold til representasjon i foretaksstyrene vil derfor ikke tas stilling til før reformen har virket i 7 til 10 år. SVs Olav Ballo ønsket heller ikke fortidens ordninger tilbake, men mente at staten burde ta mer makt fra regionale og lokale foretaksstyrer. Resultatet av debatten ble, på tross av innsigelser fra enkelte lokalpolitikere, at samtlige partier vil gå imot å gjeninnføre politikerstyrte sykehus etter Stortingsvalget høsten 2005.

Foretaksstyrene har også vært gjenstand for oppmerksomhet grunnet en rekke frivillige og ufrivillige avganger fra styremedlemmer eller samlede styrer. Frivillige avganger har i første rekke omhandlet enkeltrepresentanter i styrene, og har funnet sted i flere foretak.

Begrunnelsene for disse avgangene har vært av ulik karakter. I Helse Sør trakk styreleder seg

november 2002 på grunn av egen krevende jobbsituasjon. Oktober 2003 trakk et styremedlem seg i Helse Førde grunnet uenighet rundt opprettholdelse av lokalsykehus i Florø. November 2003 valgte styreleder ved Sykehuset Innlandet HF fratre fra styret. Styreleder begrunnet avgangen med at offentlighetens inntreden i styremøtene gjennom åpnede styremøter, var et tilbakeslag for den autonome rollen styrene var tiltenkt ut fra sykehusreformens intensjoner. Samtidig stilte styreleder seg svært kritisk helseministerens overprøving av eget styrevedtak angående lokalisering av fødselstilbud på Gjøvik. En slik praksis ville i følge styreleder føre til økende aksept for at omkamper blir tillatt, slik tradisjonen i helsevesenet har vært i mange år. Dette vil kunne føre sykehusreformen i en uheldig retning, noe som virker ødeleggende på handlekraften til styrene (Gubrandsdølen Dagningen 13.12.2003). Videre har det også funnet sted en rekke ufrivillige avganger fra styrene. I mai 2002 ble styret i Helse Nordmøre og Romsdal avsatt fordi de ikke hadde den nødvendige legitimitet og tillit som var nødvendig. Interne stridigheter førte desember 2003 til at deler av styret ved Rikshospitalet HF ble kastet. En av de tre avsatte styrerepresentantene, tidligere konsernsjef i Telenor Tormod Hermansen, uttalte i samband med avskjedigelsen at *”Helse Sør fryktet nok at vi skulle bli for bryssomme”* siden de nektet å fatte innstrammingsvedtak som kunne ramme pasientbehandlingen (Dagsavisen 18.12.2003). Styret som valgte å avskjedige Hermansen ble februar 2004 selv avsatt. Grunnen til at Helseminister Høybråten valgte en slik løsning, var at styret i Helse Sør gikk mot egen styreleders forslag om å avslutte administrerende direktør Steinar Stokkes arbeidsforhold. Stridens kjerne omhandlet opprettholdelses eller avvikling av Stokkes lukrative pensjonsavtale. Mars 2005 ble den foreløpig siste tvungne styreavgangen gjennomført da styret i Helse Vest valgt å kaste styret i Helse Fonna. Deres beslutning om å fjerne datterforetakets styre ble gjort på grunnlag av deres protester mot urealistiske budsjetter. Ønske om mer lojalitet hos datterforetaket i budsjettspørsmål ble utslagsgivende for denne avgjørelsen.

I løpet av de tre årene som har gått siden iverksettelsen av sykehusreformen har også flere foretaksdirektører frivillig eller ufrivillig fratrudd sin stilling. Ti av trettifem direktører som inngår i denne studien er ikke lenger ansatt i direktørstillingen⁸. Problemet sykehusene har hatt med stor *”omløpshastighet”* blant sykehusdirektører, har altså ikke blitt mindre selv om man etter foretaksorganiseringen i stor utstrekning valgte å benytte eksterne rekrutteringsfirma til å finne de *”rette”* direktørene. Større autonomi knyttet til direktørrollen,

⁸ Tallene er basert på en sammenligning mellom de som satt i direktørstillingene da spørreundersøkelsen ble gjennomført, og de som sitter i disse stillingene pr. 01.05.2005

samt kraftig lønnsvekst, har heller ikke gitt større kontinuitet i disse stillingene. Årsakene som blir oppgitt i forbindelse med frivillige direktørvangene er mange. Tidligere direktør i Helse Nord Marit Eskeland, uttalte i forbindelse med sin avgang at ”*direktørstillingen var mer krevende enn hun hadde forestilt seg på forhånd*” (Pressemelding Helse Nord 06.01.2003). Mange uavklarte styringsmessige spørsmål, og at oppgavene hun ble gitt på mange måter ble til under veis, ble utslagsgivende for Eskelands avgang. Lignede årsak ble gitt av tidligere direktør i Helse Førde Leif Kapstad, som omtalte direktørstillingen som ”*særs krevende*” på bakgrunn av høye resultatkrav kombinert med tunge og krevende omstillingsprosesser (Firda 04.02.2004). Tidligere direktør i Helse Stavanger Erik Tjemsland oppgav derimot mangel på handlingsrom som årsak til oppsigelsen (Stavanger Aftenblad 09.02.2004). Dette relaterte Tjemsland til gjennomføring av tiltak knyttet til pasientbehandling, organisatoriske løsninger og økonomiske resultatforbedringer.

Ufrivillige direktørvangene har også forekommet ved at det har oppstått konflikter mellom direktør og foretaksstyre. Det kanskje mest omtalte tilfelle skjedde i Helse Sør der Steinar Stokke måtte fratrukke sin direktørstilling (BT 18.02.2004). Mye av grunnlaget for denne avgjørelsen kom som nevnt av strid rundt Stokkes lukrative pensjonsavtale. En annen grunn var belastningene rundt ”kode - skandalen” som ble avdekket noe måneder tidligere (Christensen, Lægreid og Stigen 2004). Det spesielle ved denne avgangen var at daværende helseminister Dagfinn Høybråten aktivt grep inn i prosessen med å avsette Stokke. Ved å avskjedige styret i Helse Sør som ikke kom til enighet om oppsigelse av Stokke, og deretter utnevnte et nytt styre som fjernet han, var helseministeren sentral i prosessen med å fjerne Stokke. Begrunnelsen som ble gitt for Stokkes avgang, var hans ”*tynnslette tillitt*” ville kunne få negative ringvirkninger for foretaket som helhet. Konflikter mellom styre og direktør lå også til grunn for oppsigelsen av direktør Ivar F. Hagelund i Hålogalandssykehuset HF. Grunnlaget for oppsigelsen var her uenighet rundt strategiske valg innad i foretaket. For å sikre videre utvikling valgte styret derfor en løsning der Hagelund ble bedt om å gå.

8.6 Studiens funn i en forskningsmessig kontekst

De funn som er gjort i denne studien kan underbygges av tilsvarende funn knyttet til annen forskning rundt virkningen av sykehusreformen. I sluttrapporten for evalueringsprosjektet ”Statlig eierskap og foretaksmodell i spesialhelsetjenesten” (Opedal og Stigen 2005) konkluderes det i likhet med i min studie at man ikke har fått noen radikal fornyelse av ledelsen i sykehusene. Ledelsen i denne evalueringen innebefatter ikke bare direktører, men

også andre administrative ledere. De fleste ledere rekrutteres internt eller fra nærliggende virksomhet i likhet med hva jeg finner blant foretaksdirektørene. I denne rapporten er det også foretatt en kartlegging av styrenes sammensetning etter styrerepresentantenes toårige styreperiode var over i 2004. De naturlige utskiftningene som da ble foretatt, førte til små endringer i styrenes sammensetning. Utover at en omstridt profesjon som økonomer økte sin andel i styrene med tre prosent, viste denne kartleggingen at styrene er sammensatt på tilnærmet lik måte som ved foretakenes opprettelse i 2001.

Opedal og Stigen finner også interessante tendenser i enkeltregioner som kan settes i sammenheng med funn i min studie. Dette gjelder særlig i forhold til Helse Midt der jeg avdekket at styresammensetningene viste seg å ha størst likhetstrekk med de tidligere fylkeskommunale sykehusstyrene. Opedal og Stigen finner skille mellom Helse Midt og de andre regionene på flere områder som muligens kan sees i sammenheng med hvordan styrene i denne regionen har blitt satt sammen. Styremedlemmene i Helse Midt oppgir blant annet å ha en betydelig større aksept i lokalsamfunnet, å ha tilstrekkelig kompetanse til å ivareta sine oppgaver, enn hva styremedlemmer tilhørende andre regioner gjør. Representanter i styrene tilhørende Helse Midt opplever også at de fungerer bedre som uavhengig ekspertorgan og effektivt beslutningsorgan. De beskriver i tillegg styringsrelasjonen og handlerfriheten som bedre enn andre regioner. Den store aksepten som oppleves å være tilstedeværende kan komme som et resultat av at styrene i Helse Midt har størst innslag av politikere og personer med bakgrunn fra interesseorganisasjoner. Mindre radikale endringer i styrenes sammensetning kan ha gitt en oppfatning av større aksept i lokalsamfunnet, tilstrekkelig kompetanse, større handlefrihet ved overgang til foretaksorganisering.

Rune Hallingstads studie (Hallingstad 2004) av styringsstrategier i Helse Midt og Helse Vest, støtter også opp om mine funn gjort i forhold til Helse Midt. Her bekreftes mine antakelser knyttet til studiens hovedfunn om at etablerte rekrutteringskanaler for sykehusstyrer også har blitt benyttet ved rekruttering til de profesjonelle foretaksstyrene. Helse Midt har i følge Hallingstad bevisst forsøkt å videreføre målsettingen om nettverksbasert styring og samarbeid også innenfor foretaksorganiseringen. Rekrutteringen til styrene har derfor i stor utsterkning blitt gjort fra tidligere nettverk for å bevare disse. Dette har blitt gjort for å videreføre en styringsfilosofi basert på kultur, historisk arv og deltakelse (Opedal og Stigen (red) 2002). Hallingstad påpeker også at korte tidsfrister for å sette sammen foretaksstyrene, gjorde til at Helse Midt valgte å benytte seg av tidligere rekrutteringskanaler til sykehusstyrer. At mange

politikere har funnet veien til styrene i denne regionen har derfor med stor sannsynlighet sammenheng med disse funnene.

Annen forskning rettet mot bruk av profesjonelle sykehusstyrer kan også settes i sammenheng mine funn knyttet til foretaksstyrene og deres rekruttering av direktører. I evalueringen av fri - kommune forsøkene på begynnelsen av 1990 -tallet, konkluderes det med at profesjonelle sykehusstyrer bidrar til mer effektiv styring av sykehusene (Bukve og Hagen 1991). Det påpekes imidlertid at slike styrer står i en vanskelig mellomposisjon eier og den underordnede virksomheten (Reve og Grønlie 1993). Det ene er ytterpunktet er rollen som forvalter eller kontrollør på vegne av eier, den andre rollen som interessehevder på vegne av institusjonen. Forvalter og kontrollør rollen finner vi spor av i styrene og blant direktører. Styrene på lavere nivå i foretaksorganisasjonen, har tilnærmet lik kompetanse som de eierutpekte styrene på regionalt nivå. Styrenes valg av direktører har i tillegg blitt gjort i tråd med eiers ønske, noe den sterke vektleggingen av formell ledererfaring hos direktørene viser. Rollen styrene har som interessehevder på vegne av egen institusjon finnes det også spor av, ved å vektlegge innspill fra egen institusjon under utvelgelsen av direktør og ved å benytte seg en utstrakt intern rekrutting til denne stillingen. Interesseheving i profesjonelle styrer har også blitt rettet søkelys mot i andre studier (Vabo 1993; Nissen – Meyer 2000). Vabo finner i en effektstudie av profesjonelle sykehusstyrer i Oslo, at styrerepresentantenes bakgrunnstrekk og demografi har betydning for de profesjonelle styrenes adferd. Dette gjelder i første rekke saker som omhandler økonomi- og effektivitetsspørsmål. Konfliktlinjer skapt av motstridende interesser innad i styrene, forekommer i følge Vabo i størst omfang mellom ordinære styremedlemmer og ansatte representanter, og i mindre grad mellom sterke profesjoner som økonomer og medisinere. Lignende funn gjøres av Opedal og Stigen (2005), som viser til at styreledere i helseforetak opplever den enkelte styremedlems bakgrunn hva angår, yrkesbakgrunn, utdanning og bosted som lite opphav til interessekonflikter. I en studie av sykehusstyrers effekter på den politiske styringen av sykehus, bekreftes også dette ved at profesjonelle styrer i liten grad preges av horisontale konflikter (Nissen – Meyer 2000). Profesjonelle styrer ivaretar derimot en kontrollrolle som sikrer politisk gjennomslagskraft på en relativ god måte.

Forskning på styrer av en mer generell karakter har også interesse for de prosesser min studie har rettet søkelyset mot. I en omfattende kartlegging av norske styrer kalt ” Det verdiskapende styret” fra 2005, advarer BI – professor Morten Huse mot den retningen blant annet

foretaksstyrene, styrer i Statoil, Posten og Telenor nå går mot (Klassekampen 13.04.2005). Advarselen rettes mot en kultur der det politiske miljø stenges ut fra styringen av fristilte enheter under offentlig eierskap. Huses budskap er at personer i styrene med bakgrunn fra næringslivet eller som er ideologisk markedsliberalistiske er tilbøyelige til å fremme egne interesser fremfor samfunnets interesser. Fremming av egne inntresser kan da gjøres ved å rekruttere ledere med egen bakgrunn som er forkjempere for privatisering av offentlig virksomhet. Ser man et slikt utspill opp de funn som er gjort i min studie, kan man vanskelig hevde at de som er rekruttert fra disse miljøene inn i foretaksstyrene har opptred på en slik måte under rekrutteringen til direktørstillingene. Deres betydelige innslag i styrene har ikke ført til at mange direktører er hentet til fra det private næringsliv. Det har heller ikke ført til at flere økonomer nå har blitt direktører.

8.7 Forslag til videre forskning

Jeg har i denne studien rettet søkelyset mot de personene som har fått oppgaven med å sette målsettingene bak sykehusreformen ut i praksis. Fokus har vært rettet mot demografiske trekk ved personene som sitter i foretaksstyrene, og hvordan disse trekkene kan ha påvirket valg av direktører i helseforetakene. Hensikten har vært å skape et bredt bilde av styremedlemmer og direktører helseforetak. Gjennom videre forskning vil det kunne være naturlig å rette søkelyset mot hvordan styremedlemmer og direktører med ulik bakgrunn opplever vilkårene for å nå de mål sykehusreformen har satt dem til å utføre. I denne sammenheng vil det være naturlig å stille spørsmål om sykehusreformens intensjoner om økt fokus på ledelse har ført til bedre arbeidsvilkår og samarbeidsklima for ledere i sykehus? Har man nå fått den ønskede klargjøringen av ansvars- og styringslinjene som foretaksorganiseringen skulle legge til rette for? Er problemoppfatningene knyttet til ledelse i sykehus de samme som da sykehusreformen ble vedtatt? I tilknytning til siste spørsmål vil styrer og direktørers opplevelse av autonomi i den daglige ledelsen av foretakene være av særlig interesse. Spesielt gjelder dette autonomi i forhold til eierdepartementet og politikere generelt (Lægreid, Opedal og Stigen 2004). Dette aktualiseres av mine funn knyttet til styrene der personer med politisk erfaring utgjorde en stor gruppe, men også ved at politikernes formelle påvirkningskraft er endret fra tidligere. At spørsmålet om økt politisk innflytelse i foretaksstyrene er dukket opp igjen, aktualiserer forskning rundt denne type tematikk.

Et annet nyttig supplement til den tilnærmingen som har blitt valgt i denne studien, vil være å undersøke hvilken betydning uformelle nettverk har hatt for rekrutteringen til foretaksstyrene

og direktørstillingene. Det vil være særlig interessant å stille spørsmål om de som rekrutteres til styrene og direktørstillingene har et nært forhold til de som rekrutterer dem. Forsøk på å avdekke hvilke former for kjennskapsbånd og eventuelle uformelle allianser som foreligger disse personene imellom, kan gi økt innsikt i hvorfor man velger å rekruttere de personene man gjør. En aktuell problemstilling som dukker opp i denne sammenheng, er om sirkulasjon av posisjoner innen mulig alliansenettverk reproducerer tidligere nettverk? Innen kjønnsforskning blir det dessuten hevdet at alliansenettverk er forbeholdt menn (Storvik 2001). Det vil derfor være naturlig å stille spørsmål om alliansenettverk kan være med på å forklare hvorfor så få kvinner er ansatt i direktørstillingene. Et annet interessant tema for videre forskning vil være om lojalitet til eierne blir prioritert fremfor profesjonalitet under utvelgelsen til foretaksstyrene. Brukes uformelle allianser for å rekruttere lojale støttespillere i foretaksstyrene? Isåfall påvirker en slik praksis sammensetningen av styrene i en viss retning? Avgangen til styret i Helse Fonna vinteren 2005 kan reise et slikt spørsmål. Her ble styret kastet til fordi man ønsket et nytt styre som bestående av mer ”lojale støttespillere”, støtte spillere som i etterkant ble avdekket å ha en bestemt politisk bakgrunn (Haugesunds Avis 14.03.2005).

Litteraturliste:

Allison, G.T. (1971): *Essence of Decision. Explaining the Cuban Missile Crisis*. Boston: Little, Brown and Company.

Andersen, S.S. (1997): *Case- studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.

Andersland, G.K. (1990): "Politiker og bedriftsleder". I Edvardsen, T.S., Grønlie T. og Reve T. (red): *Styrets rolle i offentlig virksomhet*. Bergen: Døves Trykkeri.

Astley, W.G. (1985): "Administrative Science as Socially Constructed Truth", *Administrative Science Quarterly* 30:497-513.

Bailey, K.D. (1987): *Methods of Social Research*, third edition, New York: The Free Press.

Blalock, H. (1979): *Social Statistics*. Revised Second Edition. New York: McGraw –Hill.

Bluedorn, A.C. (1982): "The Theories of Turnover: Causes, Effects and Meaning." In Bacharach (ed.) *Research in the Sociology of Organizations*. Vol .1. 75-128.

Bukve, O. og Hagen T. (1991): *Nye styringsmodeller i kommunene*. Oslo: Kommuneforlaget.

Byrkjeflot, H. (red.) (1997): *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Byrkjeflot, H. (2005): "The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway". Rokkan Notat forthcoming.

Byrkjeflot, H. og Grønlie, T. (2005): "Det regionale helseforetaket – mellom velferdslokalisme og sentral styring". I Opedal, S. og Stigen, I (red.): *Helse- Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Byrkjeflot, H. og Neby, S. (2005): "Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren?". I Opedal, S. og Stigen, I (red.): *Helse- Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Christensen, T og Læg Reid, P. (1998): *Den moderne forvaltning*, Oslo: Tano/ Aachehoug.

Christensen, T og Læg Reid, P. (2002): *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T. Læg Reid, P og Stigen, I. (2004): *Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform*. Bergen, Rokkansenteret. Working paper 17-2004.

Egeberg, M. (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/ Tanum- Norli.

Egeberg, M. (red.) (1989): *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling. Bidrag til anvendt statsvitenskap*. Oslo: Tano.

Eriksen, V. (red.) (2003): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Oslo: Tano.

Galtung, J. (1969): *Theory and methods of social research*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hagen, T.P. (1990): "Sykehusstyrene bør de fjernes?". I Edvardsen, T.S., Grønlie T. og Reve T. (red): *Styrets rolle i offentlig virksomhet*. Bergen: Døves Trykkeri.

Hallingstad, R. (2004): *Regional styring sett i lys av foretaksorganisering. En sammenlignende studie av Helse Vest – Norge RHF og Helse Midt – Norge RHF*. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen. Rapport, Rokkansenteret 2004.

Heggholmen, K. (1988): *Rekruttering – prosess og prinsipper: en studie av rekrutteringspolitikken i Bergen kommune*. Hovedfagsoppgave i administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen.

Hellevik, O. (1994): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, Oslo: Universitetsforlaget.

Henkel, R. (1976): *Tests of significance*. Beverly Hills: Sage.

Herfindal, S. (2004): *Veien frem til sykehusreformen. En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen. Rapport, Rokkansenteret 2004.

Huse, M. (1995): *Tante, barbar eller klan? – Om styrets rolle*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ilstad, S. (1989): *Survey – metoden. En veiledning i utvalgsundersøkelser*. Trondheim: Tapir.

Jacobsen, D.I. (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser ? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*, Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johannesen, A. (2003): *Instoduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt forlag.

Krasner, S. (1988): "Sovereignty. An Institutional Perspective." *Comparative Political Studies* 21:66-94.

Lie, J.M. (2001): *Lederskap i reorganiseringsprosesser: Entreprenørskap, hykleri eller statsmannskunst?* Hovedoppgave, Institutt for Statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Læg Reid, P. (1988): *Oljebyråkratiet. Om statsadministrasjonen i ein oljealder*. Oslo/Gjøvik: Tano.

Læg Reid, P. (1989): *Rekrutteringspolitikk i sentraladministrasjonen*. Bergen: LOS – senter Notat 89/31.

Læg Reid, P. og Olsen, J. P. (1978): *Byråkrati og beslutninger*. Bergen: Universitetsforlaget.

Lægred, P., Opedal, S. og Stigen, I.(2004): “Den norske sykehusreformen – mer sentral politisk styring enn fristilling?” Paper presentert på den 1. nasjonale forskerkonferanse om ledelse og organisering i helsetjenesten, Hurdalsjøen 14.-15. oktober 2004. Kommer i tidsskriftet *Nordiske Organisasjonsstudier*, 2005.

March, J.G. (1981): “Footnotes to Organizational Change.” *Administrative Science Review*, 78 (3): 734 –749.

March, J. og Olsen J.P. (1989): *Rediscovering institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.

March, J. og Olsen J.P. (1995): *Democratic Governance*. New York: The Free Press.

McCain, B.E., C. O`Reilly og J. Pfeffer (1983): “The Effects of Departemental Demography on Turnover: The Case of an University.” *Academy of Management Journal*, 16, 626 –641.

McNeil, K and J.D. Thompson (1971): “The Regeneration of Social Organizations”. *American Sociological Review*, 69:526-542.

Mintzberg, H. (1983): *Power in and around organizations*. Prentice – Hall, INC., Englewood Cliffs, N.J. 07632.

Mohr, L.B. (1990): *Understanding significance testing*. Newbury Park, Calif: Sage.

Mordal, T.L. (1989): *Som man spør får man svar – arbeid med survey- opplegg*, Oslo: Tano.

Munchinsky, P.M. and Morrow, P.C. (1980): “A Multidiciplianry Model of Voluntary Employee Turnover.” *Journal of Vocational Behavior*, 17:263 –290.

Nerland, S. (1997): *Toppledere i sentralforvaltningen med politisk bakgrunn: en studie av toppledernes karrieremønster med utgangspunkt i årene 1936, 1956, 1976 og 1996*.

Hovedfagsoppgave i statsvitenskap – Universitetet i Oslo.

Nissen - Meyer, M. (2000): *Styring gjennom styrer: en studie av sykehusstyrers effekter på den politiske styringen av sykehus*. Hovedfagsoppgave i statsvitenskap – Universitetet i Oslo.

Olsen, J.P. (1988): *Statsstyre og institusjonsutforming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsen, J.P. (1989): *Petroleum og politikk*. Oslo: Tano.

Opedal, S. og Stigen, I. (red.) (2002): *Statlige sykehus: kan styringseffektiviteten bedres?* Oslo: HERO.

Opedal, S. og Stigen, I. (red.) (2003): *Evaluering av sykehusreformen. Presentasjon av spørreundersøkelsen 2003*. Upublisert arbeidsnotat.

Opedal, S. og Stigen, I. (red.) (2005): *Helse – Norge i støpeskjeen: søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Overå, O. og Bernt, J.F. (1997): *Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25 september 1992 nr 107: med kommentarer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Pfeffer, J. (1982): *Organizations and Organization Theory*. Boston: Pitman.

Pfeffer, J. (1983): "Organizational Demography." I Cummings, L.L. and B.M. Staw (eds.) *Research in Organizational Behavior*, vol.5, JAI Press, 299 –357.

Reve, T. (1988): *Strategi og styring*. LOS – senter notat. Bergen.

Reve, T. og Grønlie T. (1993): *Styrets rolle*. Oslo: Tano.

Roness, P.G. (1997): *Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, K.A (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schlesinger, J.A. (1966): *Ambition and Politics*. Chicago: Rand McNally.

Scott, R.W. (1981): *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.

Scott, W.R. (1992): *Organizations: Rational, Natural and Open systems*, third edition, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall inc.

Scott, W.R. (1998): *Organizations: Rational, Natural and Open systems*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall inc.

Selvik, A. (2001): *Den skjulte styreverden: rapport fra styreriket*. Bergen: Fagbokforlaget.

Selznick, P. (1957): *Leadership in Administration. A Sociological Interpretation*. New York: Harper and Row.

Sjøborg, E. (1998): *Et helsevesen på sotteseng? : nye perspektiver på sykehusledelse*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Staw, Barry M. (1980): *The consequences of turnover*. *Journal of Occupational Behavior*, 1:253 –273.

Stinchcombe, A.L., McDill, M.S. og Walker, D.R. (1968): “Demography of Organizations.” *The American Journal of Sociology*, 74: 221- 229.

Storvik, A.E. (2001): *Topplederrekruttering i staten*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Strand, T. (2001): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Strømsnes, K. (2003): *Folkets makt: medborgerskap, demokrati, deltakelse*. Oslo: Gyldemsdal akademisk.

Undheim, J.O. (1985): *Innføring i statistikk for samfunnsvitenskaplige fag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Vabo, S.I. (1993): "*Profesjonelle*" sykehusstyrer i Oslo: en effektstudie. Hovedfagsoppgave i statsvitenskap – Universitetet i Oslo.

Wenstøp, F. (2001): *Statistikk og dataanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Yin, R. (1994): *Case Study Research: Design and Methods*. Newbury Park: Sage.

Internett adresse:

www.dep.no/shd/sykehusreformen

Offentlige dokumenter:

Likestillingsloven av 9.juni 1978 nr.45

Lov om spesialhelsetjeneste av 7. februar 1999 nr.61

Lov om pasientrettigheter av 7.februar 1999 nr.63

Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 nr.93

NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene?

NOU 1999:15 Hvor nært skal det være?

NOU 1997:2 Pasienten først!

Ot.prp.nr.66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven)

Ot.prp.nr.10 (1998-1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m

Ot.prp.nr.97 (2002 –2003) Oversikt over forslagene

St.meld.nr.44 (1995-1996) Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering

St.meld.nr.24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialhelsetjeneste.

Stortinget (Dok. 15 spm. 316 (2003-2004)).

SHD – Høringsnotat: Forslag om statlig overtakelse av sykehusene. 18. januar 2001.

SHD rapport: Sykehusreformen noen eierperspektiv. September 2001.

SHD rapport: Sykehusreformen – Hva har skjedd det første året? Desember 2002.

Avisartikler:

Aftenposten 20.11.01

Aftenposten 07.01.2004

Aftenposten 80.03.2004

BT 06.01.01
BT 04.10.01
BT 25.11.01
BT 22.03.2002
BT 12.02.2004
BT 18.02.2004
BT 10.03.2005
Dagbladet 10.11.2001
Dagbladet 10.11.2003
Dagbladet 19.11.03
Dagbladet 16.02.2004
Dagens næringsliv 22.02.2002
Dagsavisen 18.12.2003
Firda 04.02.04
Fædrelandsvennen 15.03.2004
Fædrelandsvennen 17.03.2005
Gubrandsdølen Dagningen 13.12.2003
Haugesunds Avis 14.03.2005
Klassekampen 13.04.2005
Stavanger Aftenblad 09.02.2004
VG 12.02 2004
VG 16.11.01

Annet:

Informant: Flatø, Lars Erik: Tidligere statssekretær i Sosial- og Helsedepartementet.

Informant: Haugland, Egil: Tidligere sykehusdirektør ved Haukeland sykehus.

Motmeldning 14.02.2001

Motmeldning 2 av 28 april 2001

Note 8 Brev fra SHD 11.okt 2001 til styreledere i de regionale helseforetakene: *“Lønnsnivået skal være konkurransedyktig, men ikke lønnsledende”*.

Nyhetsbrev fra NKFs omstillingsenhet nr,3/2001

Pressemelding Helse Nord 06.01.2003

Pressemelding SHD 06.07.2001

Pressemelding SHD 06.06.01

Pressemeldning SHD 22.08.2003

Rundskriv SHD: ledelse i sykehus 28.august 2002

Rundskriv I – 9/2002

Tidsskrift DNL nr. 17 2003

Tidsskrift DNL nr.121 2001

Visitten nr.3 2001 Namdal sykehus

Vedlegg 1

Mine spørsmål stilt til styremedlemmer i regionale og lokale helseforetak (her illustrert med spørsmål til respondenter på regionalt nivå).

1. I hvilket regionalt helseforetak er du styremedlem?

- ¹ Helse Sør
² Helse Øst
³ Helse Vest
⁴ Helse Midt-Norge
⁵ Helse Nord

2. Hvilken funksjon har du i styret?

- ¹ Styreleder ² Ansattes representant ³ Annet medlem

3. Hvordan vil du vektlegge hver av følgende egenskaper ved ansettelse av administrerende direktør i det regionale helseforetaket?

	Svært liten vekt	Nokså liten vekt	En del vekt	Nokså stor vekt	Svært stor vekt	Vet ikke/uaktuelt
a) Utdanning	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Yrkeserfaring fra helsesektoren	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Yrkeserfaring fra offentlig sektor utenfor helsesektoren	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Yrkeserfaring fra privat sektor utenfor helsesektoren	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Resultater i tidligere stillinger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Ledererfaring	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Lokal forankring	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Politisk erfaring	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Kjønn	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

4. Innenfor hvilket fagområde har du din høyeste fullførte utdanning? Sett ett kryss

- ¹ Medisin
² Annen helse- og sosialfaglig utdanning
³ Økonomi (for eksempel siviløkonom, sosialøkonom)
⁴ Samfunnsvitenskap
⁵ Jus
⁶ Humanoria (for eksempel historie, språk, pedagogikk)
⁷ Naturvitenskap og teknikk (for eksempel ingeniør, sivilingeniør)
⁸ Annet: _____

5. Hvilken type virksomhet jobber du i til daglig?

- ¹ Offentlig virksomhet innenfor helsesektoren
² Annen offentlig virksomhet
³ Privat virksomhet innenfor helsesektoren
⁴ Annen privat virksomhet
⁵ Interesseorganisasjon/frivillig organisasjon innenfor helsesektoren
⁶ Annen interesseorganisasjon/frivillig organisasjon
⁷ Annen: _____

6. Hvilken type stilling har du i dag?

- ¹ Topplederstilling ² Mellomlederstilling ³ Ikke lederstilling

7. Hvis du har eller har hatt arbeid innenfor helsesektoren, hvor mange år utgjør dette til sammen?

Antall år |__||__|

8. Har du i dag andre styreverv eller har du tidligere hatt styreverv i offentlige eller private virksomheter? Du kan sette ett eller flere kryss.

- ¹ Ja, har andre styreverv, antall: |__||__|
¹ Ja, har hatt andre styreverv tidligere
¹ Nei, har ikke hatt styreverv tidligere

9. Hvis har eller har hatt styreverv, hvilke sektorer er/var disse innenfor? Du kan sette ett eller flere kryss.

- ¹ Offentlig virksomhet innenfor helsesektoren
¹ Annen offentlig virksomhet
¹ Privat virksomhet innenfor helsesektoren
¹ Annen privat virksomhet

10. Har du eller har du hatt tillitsverv i en interesseorganisasjon/frivillig organisasjon? Du kan sette ett eller flere kryss.

- ¹ Ja, har eller har hatt tillitsverv i interesseorganisasjon/frivillig organisasjon innenfor helsesektoren
¹ Ja, har eller har hatt tillitsverv i annen interesseorganisasjon/frivillig organisasjon
¹ Nei

11. Er du i dag, eller har du vært, medlem av noe politisk parti?

- ¹ Ja, er medlem idag ² Har vært medlem tidligere ³ Nei, har aldri vært medlem

12. Har du i dag, eller har du hatt, tillitsverv i noe politisk parti?

- ¹ Ja, har tillitsverv i dag ² Har hatt tillitsverv tidligere ³ Nei, har aldri hatt tillitsverv

13. Alder

- ¹ 20-29 år
² 30-39 år
³ 40-49 år
⁴ 50-59 år
⁵ 60 år og mer

14. Kjønn

- ¹ Mann ² Kvinne

Spørsmål stilt til styreledere i regionale og lokale helseforetak:

15. Under utvelgelsen av administrerende direktør i det regionale helseforetaket; hvor stor vekt la du på følgende signaler/hensyn?

	Svært liten vekt	Nokså liten vekt	En del vekt	Nokså stor vekt	Svært stor vekt	Vet ikke/uaktuelt
a) Signaler fra Helsedepartementet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Signaler fra lokale helseforetak/institusjoner	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Faglige og profesjonelle hensyn	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Synspunkter fra brukergrupper, klienter, berørte parter, pasienter	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Hensynet til fornyelse og omstilling	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Hensynet til den offentlige opinion/ massemedias oppmerksomhet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Signaler fra profesjonsorganisasjoner, ansattes interesser	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Markedskonkurranse	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Hensynet til lokalmiljøet, kommunale og regionale myndigheter	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

16. Hvordan hadde du kjennskap til personen som ble ansatt som administrerende direktør før rekrutteringsprosessen startet? Sett ett eller flere kryss.

- ¹ Kjente personen personlig
¹ Kjente personen gjennom personlig nettverk
¹ Kjente personen gjennom tidligere arbeidsplass
¹ Kjente personen gjennom media
¹ Hadde kjennskap til personen gjennom rekrutteringsfirma
¹ Hadde ikke tidligere kjennskap til den som ble ansatt

17. Var alle styrerepresentantene med i utvelgelsesprosessen av aktuelle kandidater til stillingen som administrerende direktør?

¹ Ja ² Nei

18. Hvis nei på forrige spørsmål, hvem deltok fra styret?

- ¹ Bare styreleder
² Styreleder og et utvalg styremedlemmer
³ Kun et utvalg av styremedlemmer

19. Ble det brukt konsulent-/rekrutteringsfirma under utvelgelsen av kandidater til stillingen som administrerende direktør i ditt helseforetak?

¹ Ja ² Nei

20. Vil du generelt si at ansettelsesprosessen av administrerende direktør i ditt helseforetak var preget av enighet eller uenighet?

Meget stor uenighet Nokså stor uenighet Både og Nokså stor enighet Meget stor enighet Vet ikke
¹ ² ³ ⁴ ⁵ ⁸

21. I hvilken grad gjaldt eventuell uenighet de avveininger som er nevnt nedenfor?

	I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke/uaktuelt
a) Mellom søkere fra tidligere fylkeskommunal helseadministrasjon og andre søkere	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Mellom personlig dyktighet og tidligere erfaring	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Mellom søkere med og uten helsefaglig bakgrunn	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Mellom søkere med ulik profesjonsbakgrunn	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Mellom tidligere yrkeserfaring og formell utdanning	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Mellom søkere med ulik geografisk tilknytning	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Mellom søkere med tilknytning til ulike helseinstitusjoner	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Mellom kjønn	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

22. Hvilken betydning hadde grupperingene nevnt under ved tilsetting av administrerende direktør?

	Svært liten betydning	Nokså liten betydning	Både og	Nokså stor betydning	Svært stor betydning	Vet ikke/uaktuelt
a) Lokale/regionale medier	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Riksdekkende medier	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Helserelaterte profesjoner	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
d) Andre profesjoner	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
e) Helsedepartementet	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
f) Geografiske grupperinger	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
g) Lokale politikere (kommune/ fylke)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
h) Sentrale politikere (departement, Storting)	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
i) Rekrutteringsfirma	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

23. I hvilken grad ble rekrutteringsprosessen etter din mening påvirket av aktører utenfor styret?

I svært liten grad	I nokså liten grad	Både og	I nokså stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

24. Ble noen av kandidatene oppfordret til å søke?

¹ Ja ² Nei ⁸ Vet ikke

25. Hvor aktivt vil du si styremedlemmene i ditt helseforetak gikk ut for å oppfordre aktuelle kandidater til å søke stillingen som administrerende direktør?

Svært lite aktivt	Nokså lite aktivt	Både og	Nokså aktivt	Svært aktivt	Vet ikke
¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

26. Hvordan vil du karakterisere graden av likebehandling i forhold til utvelgelsesprosessen av aktuelle kandidater til stillingen?

Svært lite likebehandling	Nokså lite likebehandling	Både og	Nokså stor likebehandling	Svært stor likebehandling	Vet ikke
¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

27. Sa noen av de som fikk tilbud om stillingen nei til å ta den?

¹ Ja ² Nei

28. Hvis ja på forrige spørsmål, hva var i tilfelle begrunnelsen? Sett ett eller flere kryss.

¹ Dårlig lønn

- ¹ Dårlige arbeidsbetingelser
¹ Fikk annen stilling
¹ Vet ikke

29. Ble stillingen utlyst mer enn en gang?

- ¹ Ja ² Nei

30. Hvis ja på forrige spørsmål, hva var grunnen til at stillingen ble utlyst flere ganger? Sett ett eller flere kryss.

- ¹ Det var for få søkere
¹ Det var mangel på kvalifiserte søkere
¹ Det var for kort utlysningstid ved tidligere utlysning
¹ Den som ble tilbudt stillingen sa nei

31. Hvor viktig var lønnsvilkårene for stillingen som administrerende direktør i forhold til:

	Svært lite viktig	Nokså lite viktig	Både og	Nokså viktig	Svært viktig	Vet ikke
a) Å tiltrekke seg søkere med ønskelige kvalifikasjoner og bakgrunn?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
b) Å skape interesse hos eventuelle oppsøkte kandidater?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>
c) Å komme til enighet med valgt kandidat til adm. dir. stillingen?	¹ <input type="checkbox"/>	² <input type="checkbox"/>	³ <input type="checkbox"/>	⁴ <input type="checkbox"/>	⁵ <input type="checkbox"/>	⁸ <input type="checkbox"/>

32. Ble det gitt generelle retningslinjer eller signaler fra Helsedepartementet for hvordan rekrutteringsarbeidet skulle utføres?.

- ¹ Ja, generelle retningslinjer/signaler
² Ja, konkrete retningslinjer/signaler
³ Nei, ingen retningslinjer/signaler

33. Hvis ja på forrige spørsmål, ble retningslinjene gitt skriftlig eller muntlig?

- ¹ Muntlig ² Skriftlig ³ Både muntlig og skriftlig

Spørsmål stilt til administrerende direktør i regionale og lokale helseforetak:

34. I hvilket regionalt helseforetak er du ansatt?

- ¹ Helse Sør
² Helse Øst
³ Helse Vest
⁴ Helse Midt-Norge
⁵ Helse Nord

35. Innenfor hvilket fagområde har du din høyeste fullførte utdanning? Sett ett kryss

- 1 Medisin
 2 Annen helse- og sosialfaglig utdanning
 3 Økonomi (for eksempel siviløkonom, sosialøkonom)
 4 Samfunnsvitenskap
 5 Jus
 6 Humanoria (for eksempel historie, språk, pedagogikk)
 7 Naturvitenskap og teknikk (for eksempel ingeniør, sivilingeniør)
 8 Annet: _____

36. Kom du til din nåværende stilling fra:

- 1 Fylkeskommunal helseadministrasjon/ annen helseforvaltning
 2 Offentlig sykehus/annen offentlig helseinstitusjon
 3 Annen offentlig virksomhet
 4 Privat virksomhet innenfor helsesektoren
 5 Annen privat virksomhet
 6 Interesseorganisasjon/frivillig organisasjon innenfor helsesektoren
 7 Annen interesseorganisasjon/frivillig organisasjon
 8 Annen: _____

37. Dersom du har arbeidet innenfor flere sektorer/virksomheter, innenfor hvilken av de nevnte kategoriene 1-8 i spørsmål 27 har du jobbet lengst?

Kategori |__|

38. Kom du til din nåværende stilling fra:

- 1 Administrativ topplederstilling
 2 Administrativ mellomlederstilling
 3 Faglig lederstilling
 4 Annen stilling: _____

39. Hvis du har eller har hatt arbeid innenfor helsesektoren, hvor mange år utgjør dette til sammen?

Antall år |__|__|

40. Alder

- 1 20-29 år
 2 30-39 år
 3 40-49 år
 4 50-59 år
 5 60 år og mer

44. Kjønn

- 1 Mann 2 Kvinne

Vedlegg 2

Statistiske metoder og teknikker

I presentasjonen av det empiriske datamaterialet vises sammenhengen mellom de avhengige og uavhengige variablene i bivariate- og multivariate tabeller. Det er i denne sammenheng benyttet ulike typer signifikanstester for å sannsynliggjøre sammenhengen mellom variablene. Testene må alltid sees i lys av signifikansnivået som er en betegnelse på ”sjansen for å ta feil når en antar at universtallet ligger innenfor feilmarginen rundt utvalgsresultatet” (Hellevik 1994:328). Dette kan føre til at tilsynelatende sammenhenger mellom variablene ikke tilfredsstillende kravene til statistisk signifikans. De signifikanstester som jeg har benyttet opererer med signifikante sammenhenger på ,05 eller ,01 – nivå, dvs. 5 eller 1 prosents sjanse for at ulike sammenhenger er statistisk signifikante. I tabellene vil kun signifikante sammenhenger bli oppgitt med egne verdier.

Følgende statistiske mål og teknikker har blitt brukt i analysen av datamaterialet:

2.16.1 Dikotomisering

I forbindelse med bearbeidelsen av datamaterialet i etterkant av spørreundersøkelsen er verdiene i mange av variablene dikotomisert. En slik dikotomisering medfører at variablene reduseres til å kun inneholde to verdier (Hellevik 1994:46). Dette kan føre til at en del av nyansene i datamaterialet forsvinner. Bakgrunnen for at variablene er dikotomisert har å gjøre med variasjonene i utvalgenes størrelse. Dersom dette ikke hadde blitt gjort ville det oppstått tomme kategorier (som følge av få enheter), noe som ville vanskeliggjøre mulighetene for å foreta statistiske analyser. I tabellene blir dikotomiseringen av variabler oppgitt i forbindelse med signifikanstestningen nederst i tabellene. Videre er det viktig å påpeke at variabelens målenivå ikke berøres av dikotomiseringen. Ved å gi den ene verdien på variabelen kodetallet 0 og den andre kodetallet 1, står en fritt til å anvende statistiske teknikker uansett hvilket målenivå de forutsetter (Hellevik 1994:158).

Kjikkvadrattesten

Dette er en test med mange anvendelsesmuligheter og blir i min studie benyttet i forbindelse med bivariate tabeller. Formålet er å teste en nullhypotese om at det ikke er sammenheng mellom to variabler i universet ved hjelp av data fra et sannsynlighetsutvalg. Spørsmålet som denne testen stiller er om forskjeller som fremgår i tabellene skyldes tilfeldige utvalgsfeil, eller om det er grunnlag for å anta at det foreligger forskjeller mellom de avhengige og uavhengige variablene (Hellevik 1994:350).

Fishers eksakte test

Fisher eksakt test brukes i firefeltstabeller der en forsøker å finne ut om forskjeller mellom observasjonsenhetene skyldes tilfeldigheter eller ikke. Observasjonsenhetene har da to kjennetegn som hver har to kategorier. Man teller hvor mange ganger hver kombinasjon forekommer, og man tester om de to kjennetegnene er uavhengige av hverandre (Wenstøp 2001:171). Testen er i min studie benyttet der *kji* –kvadrat testen ikke er gyldig på grunn av få enheter i tabellene.

Spearman's korrelasjonsanalyse

I kapittel fem blir det foretatt en test for å undersøke sammenhengen mellom styremedlemmenes holdninger til ulike egenskaper ved administrerende direktører. For å teste samvariasjonen mellom holdningsvariablene blir korrelasjonsmålet Spearman benyttet. Denne

testen er en avart av den ofte benyttede Pearsons r testen, og brukes i de tilfeller hvor man opererer med variabler som inneholder rangerte verdier⁹. I stedet for å måle lineære sammenhenger mellom to variabler, undersøker jeg om det er en eller annen form for monoton sammenheng som ikke nødvendigvis er lineær. Med "monoton" sammenheng menes at verdien på den ene variabelen stiger når verdien på den andre stiger, eller at den ene verdien synker når den andre verdien stiger, men ikke nødvendigvis like fort hele tiden, slik som når sammenhengen er lineær (Wenstøp 2001:345). Tallverdiene som denne metoden opererer med varierer mellom $-1,0$ og $1,0$. En korrelasjon på $0,0$ er et uttrykk for at det er ingen korrelasjon, mens $1,0$ angir at det er fullstendig positivt sammenfall mellom verdiene på variablene. Det finnes ingen fasitsvar på hva som er høy korrelasjon. Dette er blant annet avhengig av hva som undersøkes, og hvor sterk korrelasjon man forventer (Johannesen 2003). I samfunnsvitenskaplige undersøkelser kan verdier opp til $0,20$ sees på som en moderat samvariasjon, $0,30 - 0,40$ relativt sterk og over $0,50$ som meget sterk.

Mann Whitney test

Denne testen baserer sitt datagrunnlag på to uavhengige serier med tall. Formålet er å se om de to populasjonene som stikkprøvene er hentet fra er identiske. Testen er mest følsom for beliggenhet, og brukes derfor til å teste om medianene i de to populasjonene er like. Ideen er å telle opp hvor mange ganger tall i den ene stikkprøven er større enn tall i den andre, og omvendt (Wenstøp 2001:165).

Kruskal Wallis test

Mens Mann Whitney testen sammenligner to uavhengige stikkprøver, håndterer Kruskal Wallis test etter samme prinsipp flere en to stikkprøver. Dette er en test på om alle populasjonene som stikkprøvene er hentet fra, er identiske. Testen er mest følsom for forskjell i beliggenhet, og brukes derfor ofte til å teste om medianene til populasjonen er like (Wenstøp 2001:168).

Tester som Fisher eksakt, Mann – Whitneys, Spearmans og Kruskal – Wallis, er såkalte ikke-parametriske tester. Ikke – parametriske tester har den fordel at de krever få forutsetninger, og at det er basert på ordinale eller ordnete målenivå i form av rangeringer. Disse tester ikke særskilte parameter i en populasjon, og egner seg særlig godt til små stikkprøver med færre enn 30 observasjoner (Wenstøp 2001:157) som det finnes mange av i mine tabeller. For en mer inngående beskrivelse av slike tester samt andre metoder og teknikker kan instruksjonsbøker til SPSS og samfunnsvitenskaplig metodelitteratur benyttes.

Det at jeg har benyttet signifikanstesting på en tilnærmet totalpopulasjon av undersøkelsesenheter er et omstridt tema i metodelitteraturen (Blalock 1979; Galtung 1969; Henkel 1976; Mohr 1990). Noen mener at signifikanstesting bare kan brukes for å generalisere fra et uvalg til en totalpopulasjon, mens andre mener at det også kan brukes til å se på sammenhenger innenfor en tilnærmet totalpopulasjon slik som jeg har gjort i denne studien (Stinchcombe 1968:23). Signifikanstesting som benyttes blir da et mål på hvor sannsynlig det observerte avviket er gitt en nullhypotese om at det ikke er noen sammenheng. Et signifikant utslag blir da tolket som at det er en eller annen form for systematikk i svargivingen. Signifikanstesting blir således benyttet som en test på selve måleinstrumentet (dvs. mulige feilkilder i svargivingen).

⁹ For mer inngående informasjon om denne korrelasjonsanalysen se Wenstøp 2001:285,345.

Vedlegg 3

Stillingsannonse Adm.dir

De offentlige sykehuser og annet spesialisthelsergjerneste vil fra 1. januar 2009 bli overført til staten og organisert som 100 prosent offentlig eide helseforetak.

I hver av de fem helseregionene opprettes det et regionalt helseforetak. Det regionale helseforetaket har det offentlige ansvaret for helse tjenester til befolkningen. Hovedoppgavene er å planlegge og utvikle spesialisthelsetjenesten i regionen. Det har og så oppgaver innen forskning og utdanning.

Sjefer for de regionale helseforetakene er oppnevnt. Administrasjonene er lokalisert i Hamar (helseregion Øst), Skien (helseregion Sør), Slangerup (helseregion Vest), Stjørdal (helseregion Midt-Norge) og Bodø (helseregion Nord).

De regionale helseforetakene vil ha det overordnede ansvaret for sykehus og helseinstitusjoner med 100.000 ansatte og samlede budsjetter på ca 50 milliarder kroner.

Visjonen er å levere gode og likeverdige helse tjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av bosted, alder, kjønn og personlig økonomi.

Til hvert av de 5 regionale helseforetakene søkes Administrerende direktør

Til stillingene søkes resultatorienterte personer som har erfaring med og forståelse for ledelse av kompetanseorganisasjoner.

- Personene vi søker må ha evne til strategisk ledelse av avansert offentlig tjenesteyting.
- Det vil bli lagt vekt på erfaring fra utvikling av komplekse organisasjoner.
- Stillingene krever evne til relasjonsbygging og kommunikasjon innad i sektoren og utad til offentligheten.
- Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår, etter avtale.

For nærmere opplysninger, ta kontakt med styrets leder:

Nord: Olav Helge Førde,

tlf.: 77 57 05 38/907 73 056

Midt-Norge: Paul Hellandsvik,

tlf.: 74 82 53 24/930 59 101

Vest: Anne Kverneland Bogsnes,

tlf.: 55 32 63 43/905 21 059

Sør: Nils Fr. Wisløff,

tlf.: 33 80 61 92/907 91 468

Øst: Siri Beate Hatlen,

tlf.: 22 44 70 50/917 44 863

Søknadsfrist er 21. september. Det bes opplyst hvilken/hvilke av de fem stillingene som søkes.

Søknaden sendes styrets leder c/o, Sosial- og helsedepartementet, Eten- og foretaksgruppen, postboks 8011 Dep., 0030 Oslo

Vedlegg 4

Tabell 5.3 Sammenhengen mellom holdningene hos styremedlemmer (N=21) i regionale helseforetak til de ulike egenskapene ved administrerende direktør. (Signifikante sammenhenger ($P < 0,05$) i fet skrift type).

Spearmans rho korrelasjon	Utdanning	Yrkeserfaring helsesektoren	Yrkeserfaring off sektor for øvrig	Yrkeserfaring privat sektor for øvrig	Resultater tidligere stillinger	Ledererfaring	Lokal forankring	Politisk erfaring
Yrkeserfaring helsesektoren	0,09							
Yrkeserfaring off sektor for øvrig	-0,17	0,49						
Yrkeserfaring privat sektor for øvrig	0,02	-0,19	0,23					
Resultater tidligere stillinger	0,03	0,20	0,24	-0,06				
Ledererfaring	0,03	-0,02	0,41	0,37	0,42			
Lokal forankring	0,38	0,39	-0,07	-0,04	0,30	-0,08		
Politisk erfaring	0,05	0,43	0,33	-0,03	0,03	-0,23	0,25	
Kjønn	-0,21	-0,04	0,02	-0,21	-0,47	-0,34	0,07	0,22

Tabell 5.5 Sammenhengen mellom holdningene hos styremedlemmene (N= 102) i lokale helseforetak til de ulike egenskapene ved administrerende direktør. (Signifikante sammenhenger ($P < 0,05$) i fet skrift type).

Spearmans rho korrelasjon	Utdanning	Yrkeserfaring helsesektoren	Yrkeserfaring off sektor for øvrig	Yrkeserfaring privat sektor for øvrig	Resultater tidligere stillinger	Ledererfaring	Lokal forankring	Politisk erfaring
Yrkeserfaring helsesektoren	0,38							
Yrkeserfaring off sektor for øvrig	0,11	0,27						
Yrkeserfaring privat sektor for øvrig	0,06	-0,10	0,14					
Resultater tidligere stillinger	0,24	0,10	0,09	0,20				
Ledererfaring	0,01	-0,06	0,03	0,03	0,06			
Lokal forankring	0,01	0,07	0,21	0,15	0,08	0,07		
Politisk erfaring	-0,03	0,12	0,32	0,08	0,00	-0,08	0,28	
Kjønn	-0,11	-0,13	-0,03	-0,14	0,04	0,04	0,22	0,08

Tabell 5.6 Sosial bakgrunn

Vektlegging av egenskaper ved adm. direktør	Kjønn			Alder			Utdanning		
	Mann	Kvinne	Sig	-49	50-	Sig	Helse	Annet	Sig
Utdanning	3,9	4,1	,25	3,9	4,0	,29	4,2	3,9	,07
Yrkeserfaring fra helsesektoren	3,6	3,7	,80	3,9	3,6	,18	3,9	3,6	,35
Yrkeserfaring fra off. sektor for øvrig	3,0	3,0	,88	2,8	3,0	,22	3,1	2,9	,29
Yrkeserfaring fra privat sektor for øvrig	3,3	3,3	,93	3,2	3,3	,65	2,8	3,4	,00
Resultater i tidligere stillinger	4,8	4,8	,44	4,8	4,8	,60	4,9	4,8	,52
Ledererfaring	4,8	4,8	,29	4,8	4,8	,74	4,7	4,8	,59
Lokal forankring	2,6	2,8)	,74	2,9	2,6	,16	2,7	2,7	,95
Politisk erfaring	2,5	2,5	,71	2,4	2,5	,60	2,6	2,4	,33
Kjønn	1,4	2,0	,01	1,8	1,7	,03	2,0	1,6	,24
N= gj.snitt	(70,8)	(51,6)		(31)	(91,3)		(28,6)	(89,8)	

Tabell 5.7 Sosial bakgrunn og type virksomhet

Vektlegging av egenskaper ved adm. direktør	Virksomhet			Sektor			Utdanning		
	Off.lig	Privat	Sig	Helse	Annet	Sig	Lege	Øk.	Sig
Utdanning	4,1	4,0	,51	4,2)	3,9	,16	4,2	3,7	,01
Yrkeserfaring fra helsesektoren	3,6	3,6	,97	4,0	3,6	,10	3,6	3,5	,67
Yrkeserfaring fra off. sektor for øvrig	3,1	2,8	,08	2,9	3,0	,77	2,8	2,8	,93
Yrkeserfaring fra privat sektor for øvrig	3,1	3,4	,03	2,8	3,4	,00	2,7	3,4	,00
Resultater i tidligere stillinger	4,9	4,8	,86	4,8	4,8	,39	4,8	4,7	,53
Ledererfaring	4,8	4,8	,67	4,8	4,8	,91	4,7	4,8	,99
Lokal forankring	2,7	2,8	,95	2,9	2,6	,14	2,5	2,8	,40
Politisk erfaring	2,6	3,6	,49	2,7	2,4	,29	2,4	2,4	,90
Kjønn	1,9	1,5	,11	1,6	1,7	,59	1,1	1,6	,62
N=Gj.snitt	(51,4)	(67,9)		(24)	(97,3)		(17)	(26,9)	

Tabell 5.8 Profesjonalitet

Vektlegging av egenskaper ved adm. direktør	Ledererfaring			Styreerfaring			Antall styreverv		
	ja	Nei	Sig	Ja	Nei		1-5	6-	Sig
Utdanning	4,0	3,8	,24	4,0	4,2	,35	4,1	3,9	,23
Yrkeserfaring fra helsesektoren	3,6	3,7	,98	3,6	4,0	,24	3,6	3,8	,23
Yrkeserfaring fra off. sektor for øvrig	2,9	3,2	,09	3,0	3,2	,45	2,9	3,0	,67
Yrkeserfaring fra privat sektor for øvrig	3,3	3,3	,83	3,3	3,0	,29	3,4	3,2	,32
Resultater i tidligere stillinger	4,8	4,9	,36	4,9	4,5	,00	4,8	4,8	,31
Ledererfaring	4,8	4,7	,05	4,8	4,7	,42	4,8	4,8	,36
Lokal forankring	2,7	2,7	,79	2,6	2,9	,31	2,8	2,5	,19
Politisk erfaring	2,4	2,4	,83	2,5	2,1	,22	2,6	2,4	,36
Kjønn	1,7	1,8	,61	1,7	2,0	,82	1,8	1,6	,44
N= Gj.snitt	(87,8)	(25,6)		(110,8)	(11)		(67,6)	(54,8)	

Tabell 5.9 Politisk og organisasjonsmessig aktivitet

Vektlegging av egenskaper ved adm. direktør	Hatt eller har tillitsverv politisk parti			Hatt eller har medlemskap i politisk parti			Hatt eller har tillitsverv i org. Innen helse		
	Ja	nei	sig	Ja	Nei	sig	Ja	Nei	Sig
Utdanning	4,0	3,9	,41	4,1	3,9	,18	4,2	3,9	,05
Yrkeserfaring fra helsesektoren	3,6	3,7	,69	3,7	3,7	,97	3,7	3,6	,66
Yrkeserfaring fra off. sektor for øvrig	3,1	2,9	,22	3,1	2,8	,24	2,9	3,0	,80
Yrkeserfaring fra privat sektor for øvrig	3,5	3,1	,03	3,4	3,1	,06	3,0	3,4	,04
Resultater i tidligere stillinger	4,8	4,8	,42	4,8	4,8	,99	4,7	4,8	,28
Ledererfaring	4,7	4,9	,07	4,7	4,8	,11	4,7	4,8	,20
Lokal forankring	2,5	2,8	,18	2,5	2,8	,27	2,9	2,6	,70
Politisk erfaring	2,8	2,2	,00	2,8	2,2	,00	2,5	2,5	,97
Kjønn	1,8	1,4	,88	1,8	1,6	,99	1,8	1,7	,97
N=Gj.snitt	(55,9)	(67,1)		(64,9)	(56,4)		(25,6)		

Vedlegg 5*Tabell 6.2 Prosentvis fordeling av deltakere i rekrutteringsprosessen*

Deltakere i rekrutteringsprosessen	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet
Styreleder og et utvalg styremedlemmer	100	40	54
Bare styreleder	0	30	23
Kun et utvalg styremedlemmer	0	10	7
Hele styret	0	20	15
(N)=100%	(3)	(10)	(13)
Deltakere – foretaksnivå			Sig: 1,0
Bruk av rekrutteringsfirma	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet
Ja	100	70	77
Nei	0	30	23
(N)= 100%	(3)	(10)	(13)
Rekrutteringsfirma – region			Sig: ,53

Tabell 6.3 Ekstern påvirkning

Påvirket av aktører utenfor styret	Regionale foretak	Lokale Foretak	Samlet
Grad av påvirkning (gj.snitt)	2,0	1,8	1,85
(N)	(3)	(10)	(13)
Grad av påvirkning – foretaksnivå			Sig: ,93

Tabell 6.5 Prosentvis fordeling retningslinjer fra Helsedepartementet under rekrutteringen

Retningslinjer under rekrutteringsarbeidet	Regionale foretak	Lokale Foretak	Samlet
Ja, konkrete retningslinjer	33	0	8
Ja, Generelle retningslinjer	0	67	50
Ingen retningslinjer	67	33	42
(N)=100%	(3)	(9)	(12)
Retningslinjer – foretaksnivå			Sig: ,33
Hvis ja, var de skriftlig eller muntlig?	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet
Både Skriftlig og muntlig	0	20	17
Kun muntlig	100	80	83
Kun skriftlig	0	0	0
(N)=100%	(1)	(5)	(6)
Retningslinjer – foretaksnivå			Sig: ,65

Tabell 6.7 Hensyn under rekrutteringen

Hensyn under rekrutteringen	Regionale styrer	Lokale styrer	Sig.	Samlet
Faglige/ profesjonelle	4,7	4,7	,81	4,7
Fornyelse og omstilling	4,3	4,1	,69	4,2
Markedskonkurransen	2,7	3,3	1,0	3,2
Signaler fra foretak/ institusjoner	3,0	3,0	,69	3,0
Signaler fra helsedepartementet	2,7	2,1	,37	2,2
Profesjonsorganisasjoner	2,3	2,1	,81	2,2
Offentlig opinion/massemedia	2,7	1,8	,22	2,0
Synspunkt fra brukere, pasienter osv.	1,0	2,0	,05	1,8
Lokalmiljø, kommunale og regionale mynd.	2,3	1,5	,11	1,7
(N)	(3)	(10)		(13)

Tabell 6.9 Ulike grupper/ instanser sin betydning for tilsetning

Betydning for tilsetning:	Regionale foretak	Lokale foretak	Sig.	Samlet
Rekrutteringsfirma	3,3	3,2	1,0	3,2
Helserelaterte profesjoner	1,0	1,7	,22	1,5
Andre profesjoner	1,0	1,4	,37	1,3
Geografiske grupperinger	1,3	1,2	,81	1,2
Lokale politikere (Kom./ Fylke)	1,0	1,2	,86	1,2
Sentrale politikere (Dep./Storting)	1,3	1,0	,48	1,1
Helsedepartementet	1,3	1,0	,92	1,1
Lokale regionale medier	1,0	1,0	1,0	1,0
Riksdekkende medier	1,0	1,0	1,0	1,0
(N)= 100%	(3)	(10)		(13)

Tabell 6.11 Grad av enighet under ansettelsesprosessen

Enighet/uenighet rundt ansettelsesprosessen	Region	Lokal	Samlet	
Grad av enighet	2,0	3,6	3,23	
(N)	(3)	(10)	(13)	
Grad av enighet – foretaksnivå	Sig: ,13			
Hva uenighet kom av	regionalt	lokalt	Sig.	Samlet
Søkere fra fylkesadministrasjon vs. andre	1,0	1,0	1,0	1,0
Personlig dyktighet vs. tidligere erfaring	1,0	2,0	,35	1,75
Med og uten helsefaglig bakgrunn	1,0	1,0	1,0	1,0
Ulik profesjonsbakgrunn	1,0	1,0	1,0	1,0
Tidligere yrkeserfaring og formell utdanning	1,0	1,0	1,0	1,0
Søkere med ulik geografisk tilknytting	1,0	2,0	1,0	1,75
Søkere med tilknytting til ulike helseinst.	1,0	2,5	,67	2,0
Kjønn	1,0	1,0	1,0	1,0
(N)= gj.snitt	(1)	(2,63)		(3,63)

Tabell 6.12 Grad av likebehandling under utvelgelsen

Likebehandling i utvelgelsesprosess	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet
Grad av likebehandling	4,3	4,4	4,4
(N)	(3)	(9)	(12)
Likebehandling – foretaksnivå			Sig: ,92

Tabell 6.14 Viktigheten av lønn

Lønnsvilkår viktig for å:	Regionale foretak	Lokale foretak	Sig.	Samlet
Tiltrekke søkere med ønskede kvalifikasjoner	4,3	3,6	,43	3,8
Skape interesse hos oppsøkt kandidat	4,3	3,6	,94	3,2
Komme til enighet med valgt kandidat	3,3	3,3	,94	3,3
(N)= gj.snitt	(3)	(9)		(12)

Tabell 6.16 Prosentvis fordeling av styreleders kjennskap til direktør

Kjennskap til adm.dir	Regionale foretak	Lokale foretak	Sig.	Samlet
Kjente personlig	0	20	,05	15,4
Kjente gjennom personlig nettverk	33	30	,11	30,8
Gjennom tidligere arbeidsplass	67	10	,56	23,1
Gjennom media	33	60	,03	53,8
Gjennom rekrutteringsfirma	33	30	,18	30,8
Kjente ikke tidligere	0	10	,08	7,7
(N)	(3)	(10)		(13)

Tabell 6.18 Prosentvis fordeling av aktivt søk etter kandidater og gjennomsnittlig grad av søk

Kandidater oppfordret til å søke	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet
Ja	100	30	46
Nei	0	50	39
Vet ikke	0	20	15
(N)=100%	(3)	(10)	(13)
Oppfordring – foretaksnivå			Sig: ,05
Styremedlemmer aktivt ut for å oppfordre kandidater til å søke	Regionale foretak	Lokale foretak	Samlet
Grad av aktivt søk	2,3	1,8	1,9
(N)	(3)	(9)	(12)
Grad av aktivt søk – foretaksnivå			Sig: ,55

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringsen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008
- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleieleiaren sitt arbeid med kompetanseheving i sjukehus : sett i lys av erfaringar med sjukehusreforma*. April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008

- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008

POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER